Rok XXXVII. Kraków, 12. Listopada 1898. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O tak zwanem „wrzodliwem zapaleniu gardła" *(angina ulcerosa)* i jego rozróżnieniu od błonicy.

Podał

Doc. Dr. Jan Raczyński.

Sprawy zapalne błony śluzowej gardła i migdałków, aczkolwiek podzielone na dość już liczny szereg gromad chorobowych, etyologicznie, klinicznie i anatomicznie między sobą różnych, stały się mimo to w najnowszych czasach na nowo polem badań, prowadzących do nowych podziałów. Okazało się przy tych badaniach, że niejeden z typów chorobowych, uważanych dotąd za wyodrębnioną postać i za jednolitą całość, w istocie kryje kilka etyologicznie wręcz odrębnych, klinicznym przebiegiem niemało się różniących, a może i anatomicznie niezupełnie podobnych spraw.

Z pomiędzy tych rozlicznych, teraz dopiero odróżnianych cierpień gardła, mało stosunkowo uwagi poświęcano sprawie, którą równorzędnie do zapalenia wrzodliwego ust *(stomatitis ulcerosa)* nazwaćby należało wrzodliwem lub dzięgnowem zapaleniem gardła *(angina ulcerosa)*. Postać ta znana była wprawdzie już dawniej, jako towarzyszka wrzodziejącego zapalenia ust, jednakże w ostatnich dopiero czasach zajęto się tymi jej przypadkami, w których występuje ona samoistnie tylko na migdałkach, bez śladu zajęcia błony śluzowej ust, a i to zajęto się nią, jak dotąd, dość niewiele.

Na dowód, że sprawę tę zapoznawano lub pomijano, wystarczy przytoczyć, że na całą ogromną liczbę autorów, zajmujących się chorobami gardła u dzieci, wspomina o niej zaledwie kilku, jakoto: Filatow, Barthez i Sanné, Szimanowsky. Kilka słów poświęca jej E. Dupré [1]), kreśląc obrazy chorobowe innych spraw zapalnych gardła, wreszcie mówią o niej Sevestre i L. Martin [2]), podając cechy wyróżniające ją od błonicy Löfflerowskiej. Dopiero ostatnimi czasy zajęli się dokładniej tą sprawą Bernheim [3]), Bernheim i Pospiszil [4]), a prawie równocześnie Vincent [5]), Lemoine [6]) wreszcie Abel [7]); przeprowadzili oni cały szereg badań bakteryologicznych, określili szczegółowo stosunek tej sprawy chorobowej do błonicy z jednej, a do zapalenia ust wrzodziejącego z drugiej strony. Cechującą jest tu okoliczność, że wszyscy autorowie, jakkolwiekby się różnili, czy to co do skreślenia obrazu chorobowego, czy też wyniku przedsiębranych badań, zgodnie podnoszą podobieństwo tego cierpienia do błonicy, możliwość i częstość pomyłek rozpoznawczych. W tem też podobieństwie szukać należy przyczyny zapoznania tego cierpienia. Klinicysta stwierdziwszy, czy to na błonie śluzowej gardła, czy też, jak to częściej bywa, na migdałkach, białe, rozpadające się naloty, przy niewielkim obrzęku gruczołów i niepodniesionej ciepłocie, myśli w pierwszym rzędzie o błonicy, a nie badając bakteryologicznie, rozpoznaje błonicę. Wprawdzie niejednokrotnie dalszy przebieg choroby, brak objawów ogólnych, łatwo wpadający w oczy każdemu wprawnemu klinicyście niestosunek między rozległością zmian na błonie śluzowej a stanem ogólnym, cuchnienie z ust, wreszcie w niektórych przypadkach towarzyszące zapalenie ust wrzodliwe skierują rozpoznanie na właściwą drogę; częściej jednak szczegółowe nawet badanie kliniczne nie wystarczy, by się uchronić w pierwszych dniach choroby od pomyłki rozpoznawczej, grożącej poważnemi następstwami dla chorego i jego otoczenia.

Wszelkim pomyłkom zapobiedz może badanie bakteryologiczne, które w sprawach dzięgnowych już przez sam ujemny wynik co do prątków błoniczych, mogłoby rozpoznanie stanowczo rozstrzygnąć, tem bardziej zaś, gdy dzięki ostatnim badaniom mówić możemy, jeśli nie o swoistych drobnoustrojach, to przynajmniej o charakterystycznym, stanowczo rozpoznanie rozstrzygającym obrazie drobnowidowym. Dotychczasowe badania bakteryologiczne odnoszą się wprawdzie w większej części do wrzodliwego zapalenia jamy ustnej *(stomatitis ulcerosa)*, możemy je jednak w zupełności przenieść i na wrzodliwe zapalenie gardła *(angina ulcerosa)*, bo właśnie one stały się tym łącznikiem między spostrzeganą może przedtem, ale nie dość jasną co do pochodzenia, *anginą*, a dobrze każdemu klinicyście znaną *stomatitis*, im zawdzięczamy połączenie tych spraw w jedną etyologicznie wspólną całość.

Dzięgna była od samego początku ery bakteryologicznej przedmiotem częstych badań; począwszy od Pasteura, kusili się różni badacze o wykrycie drobnoustroju, wywołującego tę sprawę chorobową. Za taki uważał Netter wykryty przez siebie krętek *(spirillum)*; to samo znaczenie przypisywało bardzo wielu badaczy obficie w tych przypadkach spotykanym gronkowcom i paciorkowcom. O wiele ściślejsze od poprzednich są badania Frühwalda [1]), dokonane na 11 przypadkach dzięgny *(Stomacace)*, w których badano tak wydzielinę owrzodzeń w preparatach wprost pod drobnowidem, jako też szczepione na agarze i żelatynie hodowle.

[1]) Traité de maladies de l'enfance *Publ. sous la dir. de Grancher, Comby, Marphan.* Tom II. str. 407.
[2]) l. c. T. I. Diphtérie, str. 604—605.
[3]) Centralblatt für Bacteriologie etc. T. XXIII. 5 6.
[4]) Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XLVI. H. 3. 4.
[5]) Semaine médicale. 1898. Nr. 14.
[6]) tamże.
[7]) Centralblatt für Bacteriol. XXIV. Nr. 1.

[1]) Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XXIX. 72. 1889, str. 200.

Z pomiędzy licznych drobnoustrojów, które w ten sposób wyhodowano, odznaczała się jedna postać krótkich prątków silnem cuchnieniem, a ta własność uprawniała poniekąd w tym razie Frühwalda do przyznania temu prątkowi większej roli. Gdy jednak z opisu samego Frühwalda wynika, że prątek ów ani w preparacie, wprost oglądanym, ani w hodowli, nie miał przewagi nad innymi drobnoustrojami równocześnie się przydarzającymi, gdy nadto zawiodły doświadczenia na zwierzętach, nie można było prątkowi Frühwalda przypisać większego znaczenia, a tem mniej uważać go za wywołującego dzięgnę.

Frühwald nie doszedł więc, mimo ścisłych badań, do właściwych wyników, a stało się to prawdopodobnie dlatego, że większą wagę przykładał do przeszczepień i hodowli, a za mało poświęcił uwagi badaniu wydzieliny i pokładów wrzodów dzięgnowych wprost pod drobnowidem. Tymczasem, jak to z późniejszych prac Bernheima[1]), Bernheima, i Pospiszila i innych wynikło, właśnie ten obraz drobnowidowy jest w tym razie najznamienniejszym: badacze ci uderzeni byli stałością, z jaką właśnie w przyrządzonych tym sposobem preparatach spotykali we wszystkich przypadkach ten sam obraz. A mianowicie w strzępkach pokładu z owrzodzenia dzięgnowego, roztartych między dwoma szkiełkami i zabarwionych czy to rozczynem fuchsyny, czy błękitu metylowego, stwierdzali oni przeważnie prątki do błoniczych podobne, jednak zwykle większe i silniej wygięte, na obu końcach trochę zaostrzone; obok tych postać drugą, tj. krętki, (spirochety), znacznie dłuższe, ale cieńsze, śrubowato zwinięte, gorzej się barwiące Oba rodzaje znajdują się zawsze, chociaż w różnym stosunku ilościowym do siebie (zwykle przeważa prątek); oba rodzaje posiadają własne ruchy. Wszystko to stwierdzili Bernheim i Pospiszil, tak w wrzodliwem zapaleniu ust *(stomatitis ulcerosa)*, jak też w towarzyszącem mu w niektórych przypadkach wrzodliwem zapaleniu gardła *(angina ulcerosa)*. Co do znaczenia tych drobnoustrojów dla sprawy chorobowej, to chcąc odpowiedzieć postulatom postawionym przez Kocha, należałoby przedewszystkiem wyhodować i wyosobnić te drobnoustroje. Usiłowania wymienionych autorów pod tym względem spełzły na niczem, próby przeszczepienia i wyhodowania tych drobnoustrojów nie udały się w zupełności. Mimo to jednak nie wahają się Bernheim i Pospiszil, oparci na stałości stwierdzonego obrazu i na ilości spotykanych drobnoustrojów w ogniskach chorobowych, przypisać im pewną rolę w wywoływaniu tej choroby, tem bardziej, gdy stwierdzili, że po ustąpieniu sprawy chorobowej ilość tych drobnoustrojów w jamie ust znacznie się zmniejsza, że w warunkach prawidłowych spotyka się je bardzo rzadko.

Tak przedstawiają się w krótkości wyniki badań nad wrzodliwem zapaleniem ust. Zadać sobie musimy pytanie, jak się pod tym względem zachowują przypadki, w których zajęte są tą sprawą chorobową migdałki? Jeśli istnieje wrzodliwe zapalenie gardła *(angina ulcerosa)*, jako sprawa identyczna z wrzodliwem zapaleniem ust *(stomatitis ulcerosa)*, to wynik badania bakteryologicznego powinien być zgodny z tamtym.

Zaznaczyłem już powyżej, że pierwotne badania Bernheima i Pospiszila dokonane były w części na przypadkach, w których zajęte były także migdałki tak, że już same badania tych autorów wystarczyłyby do stwierdzenia istnienia wrzodliwego zapalenia gardła, jeżeli przez tę nazwę rozumieć będziemy sprawę etyologicznie identyczną z wrzodliwem zapaleniem ust. Badania powyższych autorów zyskały jednak znacznie na wartości, gdy ogłosili swoje spostrzeżenia klinicyści francuscy.

W kilka tygodni po ukazaniu się pracy Bernheima, prawdopodobnie niezależnie od niej, przedstawił Vincent[1]) w paryzkiem *Societe méd. des Hop.* wyniki swych badań nad pewną postacią *Angine diphteroïde*, cechującą się klinicznie owrzodzeniem, zwykle na jednym migdałku, obrzękiem gruczołów, cuchnieniem, pomyślnem zejściem. Rozpoznanie i odróżnienie od błonicy możliwe, zdaniem Vincenta, tylko za pomocą badania drobnowidowego, którego wynik jest aż do najdrobniejszych szczegółów zgodnym z wynikiem, otrzymanym przez Bernheima w wrzodliwem zapaleniu ust. Na tem samem posiedzeniu przedstawił też Lemoine[2]) swoich 5 przypadków z tym samym wynikiem badania drobnowidowego i z temi samemi własnościami w przebiegu klinicznym, nazywając samą sprawę *Angine ulceromembraneuse*.

Jakkolwiek żaden z tych badaczy nie wspomina o wynikach badań Bernheima, ani też o pokrewieństwie tych, opisywanych przez siebie zmian na migdałkach, z dzięgną, to przecież, tak z opisu klinicznego, jako też z identyczności obrazu mikroskopowego wynika, że owa *Angine diphteroïde* Vincenta i *Angine ulceromembraneuse* Lemoina niczem się nie różnią od opisanej przez Bernheima *angina ulcerosa*. Zgodne z powyższemi są też spostrzeżenia Abla[3]).

Śledząc za literaturą tego przedmiotu dochodzimy do przekonania, że nawet wcześniej znaliśmy bakteryologię zapalenia gardła wrzodliwego, niż zapalenia ust tej samej przyrody. A mianowicie, w swoich badaniach bakteryologicznych nad błonicą i innemi sprawami zapalnemi gardła zauważył Plaut[4]) jeszcze w r. 1894 pewne postacie odmienne przebiegiem od zwykłej błonicy pierwotnej, a obrazem mikroskopowym odpowiadające właśnie obrazowi znamiennemu dla spraw dzięgnowych. Plaut opisuje szczegółowo jeden taki przypadek, w którym, prawdopodobnie na podstawie klinicznego badania, a więc wejrzenia owrzodzeń i cuchnienia, rozpoznano *diphteria septica*, a w którym badanie bakteryologiczne nie wykazało prątków Löfflera, badaniem zaś drobnowidowem pokładów stwierdzono obecność krętków. W przypadku tym w ciągu kilku dni nastąpiło zupełne wyleczenie. Plaut przypisuje wywołanie tej choroby spostrzeganym przez się krętkom, samą postać chorobową oddziela od tej postaci w której bierze udział prątek Löfflera, ale nie znając jeszcze wówczas bakteryologii wrzodliwego zapalenia ust, nie przydziela jej do gromady spraw dzięgnowych, chociaż, jak to dzisiaj widzimy, niewątpliwie miał on do czynienia z wrzodliwem zapaleniem gardła.

Zapytać nam teraz należy, jaki jest przebieg kliniczny wrzodziejącego zapalenia gardła, czy istnieje i tu równoległość między tem cierpieniem a pokrewnem mu zapaleniem jamy ustnej? Z opisu autorów, którzy to cierpienie spostrze-

[1]) l. c.

[1]) Semaine medicale 1898. Nr. 14. Str. 109. i Ciechanowski Listy z Paryża. Przegląd lek. Nr. 25. 1898.

[2]) ibidem.

[3]) Abel: Zur Bacteriologie der Stomatitis und Angina ulcerosa Centrbl. für Bact. XXIV. Z. 1.

[4]) Plaut H Studien zur bacteriellen Diagnostik der Diphterie und der Anginen. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. Nr. 49).

gali, wynika, że wrzodliwe zapalenie gardła, choćdy samoistne, zachowuje najważniejsze cechy przebiegu wrzodliwego zapalenia ust, a więc: pojawia się najczęściej u dzieci źle odżywionych, niedokrewnych, zołzowatych, krzywiczych lub dotkniętych chorą zimniczą; pojawia się nagle, gdyż najczęściej po 2—3 dniowej nie wysokiej gorączce, nieznacznym bólu gardła, stwierdzić już możemy owrzodzenia, a równocześnie z tem cuchnienie z ust, ślinienie i obrzęki gruczołów szyjnych. Po 8—10 dniach trwania szybkie ustąpienie zmian w gardle i powrót do zdrowia. Zmiany miejscowe zachowują i tutaj znamionujący dzięgnę charakter wrzodziejący: na błonie śluzowej gardła a najczęściej na migdałkach, przedstawiają się, jako mniej lub więcej głębokie owrzodzenia, o dnie brudno-zielonawo-szarem, o brzegach naciekłych, czasami podminowanych, łatwo krwawiących, przy równoczesnem znacznem przekrwieniu błony śluzowej w okolicy. Do tego opisu dodać należy brak zaburzeń t. zw. ogólnych, brak objawów ze strony nerek.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzińskiego we Lwowie.

Leczenie rwy kulszowej (ischias) zewnętrznem stósowaniem kwasu solnego.

Napisał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 45).

Poniżej podaję w krótkości przypadki leczone w klinice sposobem wyżej opisanym. Oprócz zwykłej rwy nerwobólowej, świeżej i zastarzałej, znajdują się tutaj przypadki rwy zapalnej i rwy ze skrzywieniem stosu, które również nadają się, jak widać, do tego leczenia.

Przypadki cięższe, gdzie chód jest utrudniony lub zgoła niemożliwy, oczywiście mogą być tylko leczone w klinice stałej, zaś lżejsze przypadki nadają się do postępowania takiego samego w klinice przychodniej, czyli poliklinice.

Każdy przypadek zestawiony w krótkości z zebraniem możliwie zwięzłym sposobem wywiadów (1), stanu obecnego (2) i leczenia (3).

W rozpoznaniu zostawiłem ogólną nazwę rwy — ischias, ponieważ jest to właściwe pojęcie chorobowe, zaś w dalszym ciągu, na drugiem miejscu, dodałem określenie: nerwobólowa (to jest właściwy nerwoból kulszowy) lub zapalna (czyli zapalenie nerwu kulszowego).

Obok rozpoznania uwzględniłem umiejscowienie nerwobólu (forma:), ponieważ może istnieć rwa kulszowa nawet bez żadnej bolesności w nerwie, więc bez „miejsc bolesnych", albo z bolesnością tylko w jednej gałązce nerwowej, n. p. samego nerwu łydkowego (n. suralis), czy też nerwu strzałkowego (n. peronaeus).

Przypadki, w których próbowaliśmy leczenia kwasem solnym, należą wszystkie, jak wspomniałem na początku, do rwy przyrody gośćcowej. Mogą się jednak zbiedz dwie przyczyny naraz, więc obok tła gośćcowego jeszcze inna podstawa etyologiczna.

Nawet w tych przypadkach, które mogą mieć inne tło, podają chorzy za powód przeziębienie. Jeden przypadek (VII) z poniżej zebranych wyraźnie odnieść należy w etyologii do urazu *(ischias traumatica, mechanica)*, choć obok tego istniała skłonność do bólów gośćcowych, co jednak przecież nieraz dołącza się po urazie. Inny przypadek (X) pozwala przypuścić w etyologii podkład, usłany przez przewlekłe zatrucie wyskokowe *(ischias alcoholica, toxica)*.

Stan czucia bólu podałem w krótkości w każdym przypadku. Jest to zresztą bardzo zajmujący poboczny objaw rwy, który i dla ocenienia wyniku leczenia ma wartość. Ogólnie biorąc, rwa, trwająca dłużej objawia się w zakresie czucia skórnego obniżeniem jego, więc czucie bólu okaże się, jako tak zwana niedoczułość bólowa *(hypalgesia)*. W rwie świeżej bywa zazwyczaj nadczułość dotykowa i ma się rozumieć bólowa. Ciekawe te objawy oczywiście nie dadzą się w ten sposób zbyć szematycznie, ale najogólniej biorac, tak się zachowuje czułość skórna[1]). W miarę smarowań kwasem solnym niedoczułość ustępuje wyraźnie, co jest równocześnie znakiem polepszenia w stanie samej rwy. Ten odwrotny stosunek zachowania się czucia do stanu rwy jest stały i zawsze można uważać, że smarowanie obiecuje rychły skutek, gdy chory podaje, jako już czuje dzisiaj palenie podczas smarowania w miejscu, gdzie go przedtem wcale nie zauważył.

Miejsca pacierzowe *(points apophysaires, Trousseau)*, przeciw którym występuje Romberg[2]), również wyszukiwałem w każdym przypadku. Jednak należy je brać bardzo ostrożnie, bo nieraz może być po prostu rozpromienienie bólu w nerwach skórnych, a nie bolesność samych kręgów.

Tak jak nieraz jedynym dowodem rwy jest objaw naciągania — (*Ischias-phaenomen, Oppenheim)* — tak też stanowi on wyborny probierz skuteczności leczenia rwy. Jeżeli go nie można wywołać, rwa jest uleczona. Tem należy się kierować i takie zachowanie się owego objawu wystąpiło we wszystkich przypadkach, leczonych w klinice smarowaniami kwasem solnym.

Następujące przypadki rwy w liczbie 12 ułożyłem w porządku wstępującym coraz cięższej rwy. Idą więc naprzód przypadki rwy nerwobólowej (9), dalej rwy zapalnej (1), w końcu rwy zapalnej ze skrzywieniem (2).

I. Ischias neuralgica dextra (forma: ischiadica, suralis et peronaea), neuralgia cruralis dextra. Klinika przychodnia. 14—18/3 1898.

Maksymilian F., lat 46, kupiec we Lwowie, wyzn mojż.

1) Od 4 tygodni rwa prawostronna z bardzo silnymi bólami, po zaziębieniu w zimnym sklepie, gdzie chory siedzi cały dzień.

2) Dobrze zbudowany, otyły. Narządy wewnętrzne prawidłowe, Miejsca bolesne na pośladku, w dole kolanowym, na łydce około kostki zewnętrznej. Prócz tego nerwoból udowy na tejże kończynie. Stos pacierzowy nigdzie nie bolesny.

Nadczułość bólowa nieznaczna na kończynie chorej.

3) Pomazań zastósowano 4, a z początku zażywał chory równocześnie wewnętrznie *Natr. salicyl* + *Phenacetin.*

Po 1 smarowaniu ulga, po 2 bardzo wybitne zwolnienie obja-

---

[1]) Dzisiaj jest to już rzecz nie nowa, owe zaburzenia w czuciu w przebiegu rwy i nie są wcale składane na karb histeryi (Nothnagel. *Schmerz und cutane Sensibilitätsstörungen. Virchow's Archiv* 1872. Bd. 54. str. 121).

[2]) Bernhardt. *Die Erkrankungen der peripherischen Nerven.* 1887. II Theil, str. 206.

wów podmiotowych i przedmiotowych, a po 4 posmarowaniu zupełne wyleczenie.

II. Ischias neuralgica dextra (forma: ischiadica et peronaea). Klinika przychodnia. 13—14/2 1898.

Freila F., lat 24, żona stolarza z Tarnopola, wyznania mojżeszowego.

1—2) Od 5 miesięcy rwa prawostronna. Chód upośledzony.

Rozpromienienie bólu po wszystkich nerwach prawej połowy ciała.

3) Jednorazowe pomazanie kwasem solnym i opatrunek z waty. Nazajutrz nadzwyczajna ulga tak, że chora nie chce zostać dla dalszego leczenia i wraca do domu.

III. Ischias neuralgica dextra (forma: ischiadica). Klinika przychodnia. 22/6—26/6 1898.

Jakób J., lat 50. pośrednik do małżeństw z Borysławia, wyzn. mojżeszowego.

1) Od 4 miesięcy po zaziębieniu rwa prawostronna, bóle przy chodzeniu w nodze i w krzyżach tak, że prawie niemoże chodzić.

2) Dobrze zbudowany i odżywiony. Na skórze porost włosów silny, a na kończynach dolnych i pośladkach tak obfity, że wygląda jak faun kosmaty. Według wywiadów przyczyną rwy ma być przeziębienie. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Miejsca bolesne tylko u wyjścia nerwu kulszowego prawego. Niestosunek pomiędzy objawami bólów napadowych, które mają być znaczne, a wynikiem badania miejsc bolesnych, które tylko do małej ograniczone przestrzeni. Objaw naciągania nie zbyt wybitny, ale oprócz w nerwie także i w stosie pacierzowym występuje podczas przywodzenia kończyny chorej. Niedoczułość bólowa na całej kończynie chorej i na pośladku po tejże stronie. Odruchy kolanowe nieco wygórowane, bardziej po stronie chorej.

3) Pierwszego smarowania chory prawie nie czuł.

Wyraźna ulga po dwu smarowaniach, mianowicie bóle napadowe ustąpiły. Po 3 smarowaniu już objawu naciągania zupełnie nie ma, bolesność tylko na pośladku w miejscu wyjścia nerwu, lecz o wiele mniejsza, a po 4 smarowaniu żadnej bolesności, ani przy ucisku, ani przy chodzeniu.

IV. Ischias neuralgica sinistra (forma: ischiadica). Klinika przychodnia. 30/6—4/7 1898.

Jan K., lat 30, służący we Lwowie, wyzn. rz. kat.

1) Od 3 miesięcy rwa lewostronna, chód męczący, bóle napadowe, zwłaszcza po utrudzeniu się chodzeniem.

2) Średnio zbudowany, licho odżywiony. Cierpi na przewlekły nieżyt oskrzelowy. Miejsca bolesne wzdłuż nerwu kulszowego lewego, aż do dołu kolanowego. Przy ucisku na nerw w dole kolanowym ból powstaje w górę nerwu kulszowego, zaś w dół wcale nie idzie. Kość krzyżowa i ogonowa bolesna, jako też i cały pośladek lewy. Objaw naciągania dosyć wybitny tylko w samym nerwie kulszowym. Niedoczułość bólowa na kończynie chorej większa na udzie niż na podudziu, choć i tutaj da się wykazać.

3) Podczas 4 dni posmarowano 4 razy. Już po pierwszem pomazaniu kwasem ulga widoczna, chód swobodniejszy, czucie również lepsze. Po 2 smarowaniu wystąpiło rozpromienienie bólu na pośladku lewym, tam gdzie dotąd nigdy bólu nie było. Wszystkie objawy poprzednie mniejsze. Po czterech smarowaniach bóle zupełnie ustąpiły, również objawu naciągania nie można wywołać.

V. Ischias neuralgica dextra (forma: ischiadica et peronaea) Klinika przychodnia. 30/6—4/7 1898.

Izrael L., lat 55, wiernik z Twierdzy (pow. Mościcki), wyznania mojżeszowego.

1) Od pół roku rwa prawostronna, od 2 tygodni leży w łóżku, dotychczasowe leczenie kąpielami i proszkami na wewnątrz nie pomagało. Znaczne bóle napadowe.

2) Średnio zbudowany i odżywiony. Nieznaczne powiększenie śledziony. Miejsca bolesne wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego prawego, aż do kostki zewnętrznej. Miejsca pacierzowe w ostatnich dwu kręgach lędźwiowych, kość krzyżowa i kość ogonowa bolesne. Objaw naciągania bardzo wybitny; ból podczas przywodzenia kończyny w samym nerwie kulszowym, zaś brak bólu w stosie pacierzowym. Niedoczułość bólowa na całej kończynie prawej.

3) W ciągu 4 dni smarowano 4 razy. Po pierwszem pomazaniu wyraźna ulga, mianowicie chód swobodniejszy. Objaw naciągania jeszcze wybitny, czucie bólu lepsze. Po 3 posmarowaniu przy badaniu czwartego dnia bóle napadowe zupełnie ustały, tylko jeszcze bolesność po dłuższem chodzeniu, a przy badaniu uciskiem bolesność pośladka. Po 4 posmarowaniu objaw naciągania nie da się wywołać, żadnych bólów, ani napadowych, ani przy ucisku. Jedynie pozostało jeszcze znużenie kończyny i uczucie, jakby noga, jak się chory wyraża, była „zaspana“.

VI. Ischias neuralgica sinistra (forma: ischiadica). Klinika przychodnia, 1/7—4/7 1898.

Aleksander R., lat 29, malarz we Lwowie, wyznania mojżeszowego.

1) Od 2 miesięcy rwa lewostronna, od dwu tygodni leży. Bóle dosyć przykre. Przyczyną mają być przeciągi, na jakie się chory naraża.

2) Średnio zbudowany i odżywiony, bez zboczeń w narządach wewnętrznych. Miejsca bolesne w przebiegu nerwu kulszowego lewego, aż do dołu kolanowego. Na stosie pacierzowym niema bolesności. Objaw naciągania bardzo wybitny, ból powstaje w samym nerwie, oraz w pacierzu. Przywodzenie zdrowej kończyny drugiej nie daje żadnego odczynu. Niedoczułość bólowa na całej kończynie chorej.

3) Po trzech smarowaniach ustąpiły bóle napadowe, tak samo objaw naciągania, oraz przy ucisku nie można nigdzie znaleźć bolesności.

Razem smarowań 3 w ciągu 4 dni.

VII. Ischias neuralgica dextra (forma: peronaea) post trauma. Klinika stała 2/5—22/5 1898.

Filomena J., lat 46, żona nauczyciela w Krasnem, wyznania gr. katolickiego.

1) Przed 8 miesiącami upadła i doznała wybicia (distorsio) w stawie skokowym prawym. Przed 4 miesiącami wystąpiła rwa i to bóle największe około kostki zewnętrznej i na łydce.

2) Średnio zbudowana, dobrze odżywiona. Miejsca bolesne w przebiegu nerwu kulszowego, najwięcej około kostki zewnętrznej. Miejsca pacierzowe na ostatnich kręgach lędźwiowych. Nadczułość dotykowa i bólowa na całej kończynie chorej. Upośledzenie w chodzie. Kostka zewnętrzna obrzękła, bolesna (w miejscu wybicia stawu).

3) Pobyt w klinice 20 dni, a przez ten czas 10 pomazań. Po 7 razie jeszcze pojawiło się rozpromienienie bólu w okolicy dotąd nigdy nie bolejącej, t. j. koło krętarza. Po 8 razie znaczna ulga, a po 10 zupełne ustąpienie rwy i dopiero teraz zaczyna chora odczuwać pieczenie po smarowaniu.

W tym przypadku odnieść należy wystąpienie rwy do poprzedniego urazu, mianowicie owego wspomnianego wybicia w stawie skokowym. To też polecono chorej w dalszym ciągu w domu wziąć się do leczenia następstw tego wybicia kąpielami, miesieniem i wcieraniem maści jodowej, aby się zabezpieczyć przed nawrotem rwy.

VIII. Ischias neuralgica dextra (forma: ischiadica, suralis et peronaea). Klinika stała, 29/3—5/4 i 19/4—26/4 1898.

Józef S., lat 62, strażnik propinacyjny ze Złoczowa, wyznania mojżeszowego.

1) Od 2 miesięcy rwa prawostronna, bóle silne napadowe, chód utrudniony.

2) Dobrze zbudowany i odżywiony, bez zboczeń w narządach wewnętrznych. Miejsca bolesne najwięcej w dole kolanowym na łydce i około kostki zewnętrznej, mniej na pośladku. Miejsca pacierzowe na ostatnich kręgach lędźwiowych. Niedoczułość bólowa na kończynie chorej. Bóle napadowe znacznego stopnia.

3) Podczas pobytu w klinice przez dni 8 smarowany był 5 razy. Po 1 pomazaniu ulga, po następnych coraz większa, a po 5 pomazaniu znaczna poprawa, rwa prawie ustąpiła, utrzymuje się jedynie ból niewielki około kostki zewnętrznej. Chory był zmuszony wrócić do domu, więc przerwał leczenie, poczem po 2 tygodniach znowu się zgłosił i był leczony tym razem przez 7 dni i 5 razy smarowany. Opuścił klinikę w stanie zupełnie dobrym, chód swobodny, brak bólów. Wewnętrznie brał na bóle z początku leczenia: *Natrium salicyl.* + *Phenacetin.*

IX. Ischias neuralgica ambilateralis[1]) (forma ischiadica suralis et peronaea). Klinika stała, 3/5—12/5 1898.

Semko K., lat 40, szewc z Uhnowa, wyzn. gr. kat.

1) Od 2 miesięcy rwa obustronna, większa po stronie prawej. Od 3 tygodni leży stale w łóżku.

2) Budowa średnia, odżywienie nieszczególne. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Miejsca bolesne na obu kończynach dolnych, więcej na prawej, znachodzą się na pośladkach, w dołach kolanowych, na łydkach i koło kostek zewnętrznych. Objaw naciągania bardzo wyraźny i obustronny. Miejsc pacierzowych niema, bolesna jest tylko kość ogonowa. Niedoczulość dotykowa i bólowa na obu kończynach dolnych i to w większym stopniu na bardziej dotkniętej prawej, dalej w większym stopniu na podudziach niż na udach. Odruchy kolanowe wygórowane.

3) Przez 9 dni pobytu w klinice pomazany 6 razy. Dopiero po 3 posmarowaniu widoczna ulga. Po 6 smarowaniu brak objawów podmiotowych i przedmiotowych rwy, objaw naciągania zupełnie ustąpił. Wewnętrznie brał chory *Salipyrinę*.

X. Ischias neuritica sinistra (forma: ischiadica peronaea et suralis). Klinika przychodnia, 17/6—21/6 1893.

Franciszek R., lat 54, oficyalista prywatny we Lwowie, wyzn rz. katolickiego.

1) Od 3 miesięcy rwa lewostronna, od razu silnie wystąpiła, już pierwszy miesiąc musiał leżeć, potem chodził, ale z wielką trudnością. Bóle przy chodzeniu i napadowe, zwłaszcza w nocy, bardzo silne. Dawniej cierpiał na postrzał (lumbago) po tejże stronie. Używał rozmaitych sposobów leczenia na rwę (okłady gorące, kąpiele siarczane, prąd stały, KJ. wewnętrznie itd.), jednak bez skutku.

2) Zbudowany średnio, odżywiony licho, mięśnie wiotkie. Nos mięsisty, naczynia włosowate na nosie i twarzy porozszerzane (przyznaje się, że nie gardził puharem). W płucach objawy rozedmy i nieżytu oskrzelowego. Miejsca bolesne wzdłuż całego nerwu kulszowego lewego, aż do łydki. W ostatnich dwu kręgach lędźwiowych i na kości krzyżowej bolesność przy ucisku, a równocześnie występuje ból aż do łydki idący „prętem". Cała kończyna lewa chudsza, mięśnie bardziej wiotkie, niż na drugiej kończynie zdrowej. Objaw naciągania bardzo wybitny, nietylko przy przywodzeniu chorej kończyny ból w pacierzu i w nerwie, ale również podczas przywodzenia drugiej zdrowej kończynie ból w stosie pacierzowym. Na całej kończynie chorej i na pośladku niedoczulość bólowa.

3) Po pierwszem smarowaniu ulga wyraźna. Bólów napadowych w nocy nie było; noga w całości „rzeźwiejsza". Po 3 smarowaniach bóle napadowe zupełnie ustały. Po chodzeniu dłuższem pojawia się jeszcze ból, ale o połowę mniejszy, jak powiada chory. Objaw naciągania słabszy. Po 4 smarowaniach zaczyna chory odczuwać pieczenie na łydce, gdzie przedtem podczas smarowania prawie nic nie czuł. Z powodu znacznego odczynu na skórze przerwa w smarowaniach. W następnych dniach kąpiele ciepłe, wewnętrznie salicylan sodowy, na nadżerki maść cynkowa. Zupełne ustąpienie bólów wszelkich, brak także objawu naciągania. Z powodu złego odżywienia skóry (przewlekłe zatrucie wyskokiem) nadżerki opierają się leczeniu gojącemi maściami i dla dokończenia leczenia chory został przyjęty do kliniki stałej. Przypadek ten wskazuje: że złe odżywienie skóry stanowić może przeciwskazanie do smarowań, przynajmniej względne, dalej, że w takim razie należy leczyć chorego już nie w poliklinice, lecz w klinice stałej, to jest, że chory winien stale leżeć. Chory ten prócz tego nie zachowywał się odpowiednio, odbywał w przerwach pomiędzy smarowaniami dłuższe podróże koleją i wózkiem i dużo chodził. Pomimo to jednak leczenie kwasem co do samej rwy wydało wynik bardzo dobry, przedłużyło tylko gojenie nadżerek na skórze.

Podczas 5 dni zastosowano 4 smarowania.

XI. Ischias neuritica sinistra (forma: ischiadica, suralis, peronaea, et plantaris), scoliosis homologica. Klinika stała, 19/2—25/3 1898.

Piotr S., lat 36, dozorca więzienny we Lwowie, wyznania rz. kat.

1) Od 6 miesięcy rwa lewostronna, od 3 miesięcy skrzywienie stosu pacierzowego i od tego też czasu leży w łóżku. Choroba ma być z przeziębienia.

2) Silnie zbudowany i dobrze odżywiony. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Miejsca bolesne wzdłuż całego przebiegu nerwu kulszowego lewego (na pośladku, w dole kolanowym, na łydce, koło kostki zewnętrznej i na podeszwie). Objaw naciągania wyraźny, podczas przywodzenia kończyny chorej do brzucha ból na pośladku i w stosie pacierzowym, to samo z drugą kończyną sprowadza ból jedynie w stosie. Miejsca pacierzowe na kręgach lędźwiowych. Bolesna też kość krzyżowa i kość ogonowa. Niepoczulość bólowa na kończynie chorej, oraz w całej lewej połowie ciała. Odruch kolanowy lewy słabszy, niż prawy; w stawie kolanowym i biodrowym lewym małe zesztywnienie. Z objawów ruchowych: znaczne upośledzenie chodu, drżenie kończyny; z wydzielniczych: pocenie się całego ciała, zwłaszcza lewej połowy; z odżywczych: wychudnienie wyraźne całej kończyny chorej. Skrzywienie się stosu pacierzowego w części lędźwiowej ku stronie chorej, czyli skrzywienie boczne jednoimienne (scoliosis homologica) II stopnia, to jest nie wyrównujące się w zupełności po zawieszeniu chorego. Bóle napadowe znaczne w nocy i we dnie.

3) Pobyt w klinice dni 35, a wśród tego pomazań kwasem solnym 10. Już po 1 pomazaniu wyraźna ulga podmiotowa, oraz silny odczyn na skórze. Po 3 pomazaniu bóle napadowe samoistne ustały, tylko występują przy chodzeniu i po zziębnięciu kończyny. Stos pacierzowy zupełnie nie bolesny przy ucisku. Po 5 pomazaniu żadnej bolesności nawet przy najsilniejszym ucisku w przebiegu nerwu kulszowego. Po 6 pomazaniu pokazało się rozpromienienie bólu w postaci nerwobólu międzyżebrowego nerwów XI i XII po tejże stronie lewej, które potem ustało po 4 dniach. Oprócz pomazywań zawieszania na przyrządzie Charcot-Moczutkowskiego dla wyrównania skrzywienia. Wewnętrznie: *Chinin. m.* + *Natr. salicyl.* w czasie bólów napadowych. Kąpiele ciepłe. Chory opuścił klinikę bez żadnych objawów przedmiotowych i podmiotowych rwy, lecz z małym jeszcze stopniem skrzywienia.

XII. Ischias neuritica sinistra (forma: ischiadica, peronaea et suralis), scoliosis homologica. Klinika stała, 7/3 do 0/3 1898.

Józef R., lat 46, roznosiciel telegramów we Lwowie, wyzn. rz. katolickiego.

1) Od 2 miesięcy rwa lewostronna, z powodu narażania się ustawicznego na wpływy powietrzne.

2) Średnio zbudowany i licho odżywiony. Narządy wewnętrzne, oprócz nieżytu oskrzelowego przewlekłego zmian nie okazują. Miejsca bolesne przedewszystkiem na łydce i około kostki zewnętrznej. Objaw naciągania wyraźny na kończynie chorej, przyczem ból w nerwie kulszowym na pośladku; druga kończyna przywodzona bez żadnego bólu. Miejsc pacierzowych brak zupełny. Nadczulość bólowa na kończynie chorej, zresztą innych zmian w czuciu niema. Odruch kolanowy lewy większy, niż prawy. Upośledzenie chodu, chory dłużej stać ani chodzić nie może, bo występuje ból znaczny w łydce i kończyna drży. Cała kończyna lewa wychudła. Skrzywienie stosu pacierzowego w części lędźwiowej ku stronie chorej I stopnia. Bóle napadowe częste i silne.

3) Pobyt w klinice dni 23; podczas tego pomazań kwasem 11. Po 1 smarowaniu ulga podmiotowa, bóle napadowe nie powtarzają się, tylko bóle po chodzeniu lub staniu dłuższem. Z powodu nadczulości bólowej smarowanie sprawia silne pieczenie. Po trzech pomazaniach przerwa dla uspokojenia rozdrażnionej skóry. Wówczas po sześciu dniach od rozpoczęcia leczenia na nowo bóle napadowe wróciły. Po 6 posmarowaniu bóle napadowe zupełnie ustąpiły, jeszcze bolesność przy ucisku na nerw kulszowy pozostała. Po 11 posmarowaniu bolesność przy ucisku już nigdzie nie da się wykazać. Chory ma chód o wiele swobodniejszy, również stać może długo bez utrudnienia. Skrzywienia stosu prawie nie widać. Prócz stosowania kwasu solnego brał chory kąpiele ciepłe, oraz wewnętrznie w czasie bólów napadowych salipyrinę. Chory opuścił klinikę po 11 smarowaniach, a po 23 dniach pobytu, następnie przedstawiał się co kilka dni jako chory przychodni i wówczas można było stwierdzić rozpromienienie bólu w postaci nerwobólu udowego (neuralgia cruralis) na tejże kończynie lewej, które jednak było bardzo nieznaczne i niebawem ustąpiło. Zresztą stan dobry, dosyć powiedzieć, że może się oddawać zajęciom uciążliwym roznoszenia telegramów.

Zbierając wyniki spostrzeżeń wszystkich przerzeczonych 12 przypadków rwy, można ułożyć następujące zestawienie, które w krótkości da obraz nasilenia rwy, jej ro-

[1]) Obustronna rwa należy do rzadkości. Czy nie należy w tym przypadku winić zajęcia chorego? Szewc siedzi cały Boży dzień skurczony na zydelku jak w rondelku, i uciska sobie w sam raz oba nerwy kulszowe.

dzaju, długości trwania, przyczyny możliwej, oraz czasu i skutku leczenia.

Na zasadzie powyższych przypadków można nabyć przekonania, że:

a) pomazywanie kwasem solnym zgęszczonym jest środkiem odpowiednim i bardzo skutecznym w rwie;

b) każda rwa, czy to nerwobólowa, czy zapalna, nawet połączona ze skrzywieniem stosu pacierzowego, nadaje się do tego leczenia;

c) lżejsze przypadki rwy można leczyć ze skutkiem w poliklinice, cięższe wymagają leczenia w klinice, czyli, że w tych przypadkach chory winien leżeć stale w łóżku;

d) czas leczenia wynosił od 4—35 dni, ulga zazwyczaj występowała już po pierwszem smarowaniu, a wyleczenie rwy nawet ciężkiej po 4—10, 11 pomazywaniach kwasem solnym, skutek zaś bywał trwały;

e) w podanych dwunastu przypadkach działanie lecznicze smarowań kwasem solnym było bardzo dobre, dalsze doświadczenie pokaże wartość tego sposobu bądź co bądź zachęcającego do stósowania.

		mężczyzna kobieta	trwa miesięcy, tygodni	leży — mies., tyg.	przyczyna	leczony w klinice, po liklinice	dni	smarowań	Skutek
I	I. neuralgica d. . . .	m.	4 t.	—	zaziębienie	p.	4	4	wyleczenie
II	I. neuralgica d. . .	k.	5 m.	—	?	p.	2	1	znaczna poprawa
III	I. neuralgica d. . .	m.	4 m.	—	zaziębł.	p.	4	4	wyleczenie
IV	I. neuralgica s. . .	m.	3 m.	—	?	p.	4	4	"
V	I. neuralgica d. . .	m.	6 m.	2 t.	zaziębł.	p.	5	4	"
VI	I. neuralgica s . . .	m.	2 m.	2 t.	zaziębł.	p.	4	3	"
VII	I. neuralgica d. . .	k.	4 m.	—	uraz	k.	20	10	"
VIII	I. neuralgica d. . .	m.	2 m.	—	?	k.	8+7	5+5	"
IX	I. neuralgica ambilat. .	m.	2 m.	3 t.	uraz	k.	9	6	"
X	I. neuritica s. . . .	m.	3 m.	—	zaziębł. i zatrucie	p.	4	4	"
XI	I. neuritica s. scoliosis	m.	6 m.	3 m.	wysk ? zaziębł.	k.	35	10	"
XII	I. neuritica s. scoliosis	m.	2 m.	—	zaziębł.	k.	23	11	"

W końcu winienem wyrazić żywą wdzięczność JP. Prof. Dr. Glazińskiemu za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego i za pomoc i poparcie w pracy.

III. Badanie krwi i jego praktyczne zastósowanie w rozpoznawaniu i rokowaniu stanów chorobowych.

Podał

Dr. Walenty Jeż.

(Ciąg dalszy).

Wróćmy do ciałek czerwonych krwi. Jak wyżej powiedzielismy, są to krążki barwy zielonkawo-żółtej, bez jądra, z zagłębieniem w środku, wynoszące 7—9 μ. w średnicy. W stanach patologicznych, a mianowicie w bezkrwistości, obok ciałek o wielkości prawidłowej, spotykamy ciałka małe, zaledwie 2 μ. wynoszące, t. zw. mikrocyty, obok ciałek dużych, t zw. olbrzymich, — megalocyty, do 14 μ w średnicy wynoszących. W przypadkach ciężkiej niedokrewności ciałka te (mikro i megalocyty) znachodzą się w znacznej ilości i już na pierwszy rzut oka widać, że ciałka czerwone co do swej wielkości zachowują się nadzwyczaj rozmaicie. Nadto w przypadkach takich, zamiast krążków okrągłych, spotykamy ciałka czerwone z wypustkami w postaci n. p. gruszek, młotków, kowadełek i t. d., przyczem wypustki mogą okazywać mniejszą lub większą ruchomość. Są to tak zwane poikilocyty, które co do swojej wielkości rozmaicie wyglądają — od małych aż do t. zw. olbrzymich poikilocytów. Zmiany te świadczą o ciężkiem schorzeniu krwi, są wyrazem zwyrodnienia ciałek czerwonych. Zazwyczaj i barwa pojedyńczych krążków krwi jest w tych przypadkach więcej blada, jasno zielonkowata. Często też spotykamy nadto twory niezupełnie okrągłe, słabo bardzo zabarwione, prawie że przeźroczyste, małe, nieregularne, o rozmaitych postaciach, twory, będące wyrazem rozpadu ciałek czerwonych. Już w prawidłowej krwi spotkać się można z temi komórkami, ilość ich jednak jest nie wielka, w niedokrewności natomiast, prawie że w każdem polu widzenia spotykamy kilka do kilkunastu takich komórek.

Ciałka białe krwi, czyli leukocyty, przedstawiają się w preparatach krwi świeżej jako twory okrągłe, matowo-przeźroczyste, o protoplazmie często ziarnistej. Niekiedy kształty ich są eliptyczne, a ziarnina niejednakowej grubości. Ilość ich we krwi prawidłowej nie wielka, (zazwyczaj jedno ciałko białe przypada na 450—650 ciałek czerwonych) tak, że przesuwając preparat znajdziemy jedno ciałko białe, i to nie w każdem polu widzenia. Rzadko zdołamy je rozróżnić co do jakości tak, że tylko ciałka eozynochłonnej skutkiem swej grubej ziarniny nadzwyczaj silnie światło łamiącej, tu i owdzie odróżnić się dadzą. Różnice więc, co do jakości ciałek białych, uwydatniają się wyraźnie w preparatach barwionych i tam też omówione będą.

Natomiast już w świeżej krwi spostrzedz możemy, że ilość ciałek białych jest zwiększoną, czy to w postaci tak zwanej leukocytozy, lub też w postaci białaczki (leucaemia). W przypadkach takich w każdem polu widzenia spotykamy więcej ciałek białych; ilość ich może być tak znaczna, że jedno ciałko białe przypada na 50—20 ciałek czerwonych. Wogóle jednak zaznaczyć wypada, że decydowanie z preparatów krwi świeżej o obecności wzmożonej ilości ciałek białych wymaga znacznej wprawy i dlatego lepiej powinna być przez dokładne liczenie skontrolowana.

Liczenie ciałek krwi uskuteczniamy zapomocą przyrządu Thoma-Zeissa. Składa się on z dwu rurek włosowatych w jednej trzeciej wydętych w ampułkę; jedna rurka przeznaczona do liczenia ciałek krwi czerwonych, druga do ciałek białych. Rurka do ciałek czerwonych opatrzoną jest znaczkiem 0,5 i 1, powyżej ampułki znajdujemy znaczek 101. Rurka zaś do ciałek białych posiada znaczek 0,5 i 1; na ampułce 110, a powyżej znaczek 11. W ampułkach znajduje się kulka szklana, służąca do dokładnego pomieszania rozczynu. Nadto znajdujemy w tym przyrządzie komorę do liczenia, która przylepiona jest na szkiełku przed-

miotowem w ten sposób, że głębokość tej komory wynosi dokładnie 0·1 mm. Dolna ściana komory zawiera podziałkę kwadratową, a każde 16 kwadracików ograniczone jest podwójnymi kwadratami, względnie dwoma szerszemi i grubszemi liniami. Długość każdego kwadracika wynosi $^1/_{20}$ mm. a cały kwadracik wynosi $^1/_{400}$ mm³.

Obliczenie wykonuje się w ten sposób, że po nakłóciu palca lub ucha naciągamy krwi do rurki do znaczka 0.5 lub 1. Następnie obcieramy ostrożnie koniec rurki i naciągamy rozczynu konserwującego, a więc najlepiej odczynnika Heyema (patrz wyżej) do znaczka 101. Po napełnieniu zatykamy koniec rurki palcami i wstrząsamy kilka minut, by krew jednakowo się pomięszała, poczem wypuściwszy 2—3 kropli, napełniamy komorę na szkiełku przedmiotowem i przykrywamy szkiełkiem nakrywkowem, bacząc by do wnętrza komory nie dostały się bańki powietrza i by szkiełko nakrywkowe tak dokładnie przylegało, by można widzieć pierścienie Newtona. Preparat nakładamy pod mikroskop i czekamy parę minut, by cała mieszanina dokładnie się wśród komory rozmieściła. Do liczenia używamy najlepiej Zeiss C, Reichert 7. Kolejno teraz obliczamy ilość ciałek czerwonych, znajdujących się w poszczególnych kwadracikach. Im więcej kwadracików przeliczymy, tem rachunek będzie dokładniejszy. Do każdego kwadracika wlicza się wszystkie ciałka wewnątrz się znajdujące, jak również te, które czy od wewnątrz czy zewnątrz dotykają górnej linii granicznej kwadracika, jak również, które na wewnątrz lub zewnątrz dotykają jednego boku kwadracika (n. p. lewego). Przy obliczaniu postępujemy w ten sposób: rurka jest w ten sposób sporządzona, że przy naciągnięciu krwi do znaczka 0,5 rozcieńczenie krwi wynosi 1:200, a przy naciągnięciu do znaczka 1 rozcieńczenie wynosi 1:100. Przypuśćmy, że ilość ciałek, znaleziona w X kwadracikach = a przy rozcieńczeniu 1:100, to ilość ciałek w mm³ = $\frac{a \times 4000 \times 100}{X}$.

W ten sam sposób otrzymujemy ilość ciałek białych nadmieniając, że przy liczeniu ciałek białych obliczenie uskutecznia się przy pomocy $1^1/_2$% kwasu octowego i fioletu metylowego (patrz wyżej), przyczem ciałka czerwone zostają rozpuszczone, a pozostają same białe i barwią się fioletowo, przez co dobrze dają się odnaleźć. Rozczyn w rurce do ciałek białych wynosi 1:10 lub 1:20, stósownie czyśmy naciągnęli do znaczku 1 lub do znaczku 0·5. Liczymy zaś ciałka białe we wszystkich kwadracikach się znajdujące i obliczamy według wzoru, podanego dla ciałek czerwonych.

Ilość ciałek czerwonych ulega dosć znacznym wahaniom. Zwyczajnie u człowieka dorosłego znajdujemy w stanach prawidłowych około 5000000, zaś u kobiet nieco mniej, średnio 4·5 milim. w mm³. Również i w wieku dziecięcym znajdujemy przeważnie zwiększenie się ilości ciałek czerwonych, podczas gdy u starców nieco mniej, niż 5 mil. spostrzegać się daje. Fizyologiczne czynniki również nie pozostają bez wpływu na ilość ciałek czerwonych, a stany, które powodują utratę krwi połączone są zazwyczaj z zwiększeniem się ilości ciałek w mm.³, co naturalnie odnieść należy do zagęszczenia krwi. Ważne miejsce zajmuje ze względu na ilość ciałek czerwonych pobyt w górach. Badania mianowicie w tym kierunku wykonane wykazały, że im wyżej nad poziomem morza badamy krew, tem znaczniejsze znachodzimy zwiększenie ilości ciałek czerwonych tak, że ilość ich dochodzić może do 8—10 milionów w mm³. Tak np. przy wysokości 0 nad poziomem morza ilość ciałek wynosi 4·900, a przy wysokości 4392 m. ilość ciałek czerwonych = 7·9 milionów. Gdzie leży przyczyna tego osobliwego zachowania się ciałek czerwonych krwi, do dziś dnia nie zdołano dokładnie objaśnić. Wspomnieć także wypada, że wśród karmienia, miesiączkowania, ciąży ilość ciałek czerwonych ulega nie wielkim zmianom i, że mianowicie w stanach tych spostrzegać się daje zwiększenie ciałek czerwonych.

Ważne zmiany w ilości ciałek czerwonych spostrzegać się dają w stanach chorobowych. W pierwotnej niedokrewności złośliwej (a. perniciosa) mianowicie zachowanie się ilości ciałek czerwonych daje nam nietylko rozpoznawcze, ale zarazem i prognostyczne wskazówki, i pozwala nam ocenić ciężkość schorzenia. W cierpieniu tem, zgodnie z badaniami wielu autorów, znachodzimy zawsze zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych i to bardzo znaczne tak, że przeciętnie otrzymujemy około 1 mil. ciałek czerwonych w mm³, a nawet poniżej, a przypadek Quinkego, w którym liczba ciałek czerwonych wynosiła 143000 w mm³ jest jedynym przypadkiem w literaturze o tak nizkiej liczbie ciałek czerwonych. Stałe powiększanie się ciałek czerwonych wśród przebiegu ciężkiej niedokrewności pozwala rokować w każdym razie nie źle; natomiast stałe zmniejszanie się ilości ciałek czerwonych każe rokować niepomyślnie. Zachowanie się więc ilości ciałek czerwonych w przebiegu niedokrewności złośliwej daje lekarzowi bardzo ważne wskazówki. W niedokrewnościach następowych, czy to skutkiem krwotoku przy wrzodzie żołądkowym lub raku, równie znachodzić będziemy zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych, jednak stopień zmniejszenia nie dosięga nigdy tego stopnia, co w niedokrewności złośliwej i w tych przypadkach stwierdzenie zmniejszenia się ilości ciałek czerwonych naprowadzić nas może na myśl krwotoku utajonego. Liczenie ciałek czerwonych w przebiegu niedokrewności złośliwej nabiera tem większego znaczenia, że stopień chorobliwego stanu krwi nie zależy, jak n. p. w błednicy, od zawartości hemoglobiny, lub też jak w innych przypadkach od nawodnienia krwi, ale bezpośrednio od ilości ciałek czerwonych, która obok zmian morfologicznych w zachowaniu się krwi nadaje główną cechę, dla tego cierpienia charakterystyczną.

Z drugiej strony zwiększenie się ilości ciałek czerwonych spostrzegamy przedewszystkiem w tych chorobach, które powodują znaczną utratę wody, czy to skutkiem obfitego przeziewu (perspiratio) skóry, czy też jako następstwo rozwolnienia lub uporczywych wymiotów. Wspomnę tu tylke cholerę, czerwonkę, gdzie zwiększenie ilości ciałek krwi odnieść należy do jej zagęszczenia.

Ważniejsze i nader praktyczne znaczenia mają badania krwi w zatruciach fosforem i wśród objawów śpiączki cukrzycej (coma diabeticum). Zatrucia fosforem, gdy wywiady brakują, z trudnością daje się rozpoznać i nieraz tylko na podstawie prawdopodobieństwa je rozpoznajemy. Wynik badania krwi jest wtedy prawie rozstrzygającym. W przypadkach zatrucia fosforem liczba ciałek czerwonych jest zwiększoną i dochodzi może do 8 milionów w mm³. Nieraz miałem sposobność przekonać się, jak ważną usługę w tych razach oddaje badanie krwi, a nekroskopia rozpoznanie to, postawione na podstawie badania krwi, zawsze potwierdziła. O ile dla cukrzycy zachowanie się ilości ciałek czerwonych nie przedstawia nic charakterystycznego, o tyle wśród objawów śpiączki cukrzycej badanie wykazuje znaczne zwiększenie się ilości ciałek czerwonych i, w przypadkach niejasnych, przyczynia się do pewnego rozpoznania. Jak się zdaje przyczyna zwiększenia ilości ciałek czerwonych wśród napadu śpiączki cukrzycej leży w zagęszczeniu krwi skutkiem utraty wielkiej ilości wody; w przebiegu zatrucia fosforowego ważną rolę pod tym względem odgrywają wpływy limfagogiczne lub też podrażnienia naczynioworuchowe, powodujące zagęszczenie krwi.

Oznaczenie barwika krwi (hemoglobiny).

a) Ilościowe oznaczenie hemoglobiny. Do przyrządów, najwięcej używanych do oznaczenia ilościowego hemoglobiny, należą: przyrząd Fleischla i przyrząd Gowersa. Obydwa są nadzwyczaj dogodne i w zastósowaniu łatwe; natomiast co do ceny, to przyrząd Gowersa jest nadzwyczaj tani, a wyniki, tą drogą otrzymane, są dokładniejsze. Według modyfikacyi Sahliego składa się on z 3 rurek szklanych równej wielkości. Dwie, zalutowane na obu końcach, wypełnione są do pewnej wysokości rozczynem pikrokarminu

którego zabarwienie odpowiada dokładnie 1% wodnemu roztworowi krwi prawidłowej. Jedna z rurek, służąca do badań w świetle sztucznem, ma zalutowanie czarne, druga zaś, używana do badań przy świetle naturalnem, ma zalutowanie białe. Rurka trzecia, w której robimy mięszaninę krwi, opatrzona jest podziałką od 10—140. Nadto znajdujemy rurkę włosowatą, do której naciągamy po znaczek czarny krwi w ilości 20 ctm³. Oznaczenie hemoglobiny wykonujemy w sposób następujący: do rurki włosowatej naciągamy po znaczek 20 ctm krwi i wydmuchujemy do rurki opatrzonej podziałką, do której poprzednio daliśmy kilka kropli wody przekroplonej. Następnie wstrząsamy kilkakrotnie, dolewając ostrożnie wody przekroplonej tak długo, aż zabarwienie mieszaniny krwi i wody stanie się równe zabarwieniu mięszaniny pikrokarminu w glicerynie. Dla dogodności wkładamy obie rurki do stoliczka gumowego, znajdującego się w przyrządzie i odczytujemy ilość hemoglobiny. Według tego, czy badanie wykonujemy przy świetle dziennem czy sztucznem, używamy rurki z zalutowaniem czarnem lub białem.

Hemoglobina nadaje krwi odpowiednią barwę, jest przenośnikiem tlenu i związaną z podścieliskiem ciałek czerwonych. Na 100 grm. krwi przypada w krwi prawidłowej przeciętnie 14 grm. hemoglobiny. Ilość hemoglobiny pozwala ocenić rozmiary niedokrewności. Zmniejszenie ilości hemoglobiny jest jednym z najcharakterystycznych objawów błednicy, a mianowicie ilość hemoglobiny spada daleko niżej, aniżeli ilość ciałek czerwonych. Jeżeli w stosunkach prawidłowych ilość ciałek czerwonych odpowiada ilości hemoglobiny, to stosunek ten, jak to już wyżej przy błednicy wspomnieliśmy, zaciera się nawet bardzo znacznie, szczególnie w stanach chorobowych. Przyjąwszy bowiem przy 5 milionach ciałek czerwonych ilość hemoglobiny 100, a więc stosunek ciałek czerwonych do hemoglobiny zupełnie prawidłowy, gdzie ilość ciałek i ilość hemoglobiny = 100, to pojedyncze ciałko czerwone zawierać będzie 1 hemoglobiny. Liczba 1 przedstawia nam w tym przypadku tak zwany indeks barwikowy ciałka czerwonego, a tę otrzymujemy, dzieląc ilość otrzymanej hemoglobiny przez liczbę ciałek czerwonych.

Indeks barwikowy (Färbeindex) może być, jak z powyż powiedzianego wynika, ilością mniejszą lub większą od jednostki. Tak np. przy błednicy w każdym razie będzie on mniejszy od jednostki, a przy niedokrwistości złośliwej — większy od jednostki. W pierwszym więc przypadku pojedyncze ciałka czerwone zawierają mniej hemoglobiny, w drugim zaś więcej aniżeli w stanie prawidłowym. Oznaczenie indeksu barwikowego jest więc rzeczą ważną i liczeniem ciałek czerwonych zastąpić się nie da. Oznaczenie ciężaru gatunkowego nie ma zbyt wielkiego klinicznego znaczenia, gdyż idzie ono prawie równolegle z ilością hemoglobiny, której znów zbyt wielkiego znaczenia praktycznego o tyle przypisać nie można, że prawie we wszystkich stanach nieprawidłowych krwi ilość jej znacznie się zmniejsza.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. O wygniataniu płodu. (Expressio foetus).

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

asystent szkoły położnych w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 45).

Ze spostrzeżeń tych wynika, że przy stósowaniu wygniatania płodu należy w pierwszym rzędzie zwiększyć działanie tłoczni brzusznej, a więc czynnika głównego, wydalającego płód w prawidłowych warunkach, a nie liczyć wiele na bezpośrednie działanie na płód, to jest na nową siłę, którą przedstawia ręka, działająca z tyłu w kierunku osi podłużnej płodu.

Ponieważ stósowanie ugniatania zapomocą rąk pozwala nam wywierać ucisk tylko na małej stosunkowo przestrzeni powłok brzusznych, przeto silniejsze zadziałanie jest dla rodzącej przykrem, dla operatora zaś często bardzo uciążliwem, jak to sam Kristeller przyznaje, mówiąc, że przy wytłaczaniu doznaje operator często bólu w stawach nadgarstkowych, który radzi usuwać nacieraniami spirytusu. Dlatego postanowiłem, w celu rozdzielenia siły uciskającej o ile możności na jak największą powierzchnię, nie stósować ugniatania bezpośrednio rękami, lecz pośrednio, zapomocą opaski z płótna, flaneli i t. d. Opaskę taką można sobie albo osobno sporządzić, albo też, co jest najprostszem, używać zwykłego prześcieradła z płótna, odpowiednio złożonego. W tym celu składałem w kilkoro prześcieradło w wymiarze podłużnym tak, aby szerokość otrzymanej w ten sposób opaski, zależnie od rozmiarów brzucha rodzącej, wynosiła od 25 do 30 centymetrów. Następnie na łóżku podłużnem podsuwałem pod krzyże rodzącej część środkową opaski tak, aby po każdej stronie łóżka zwisała jedna połowa i układałem opaskę na brzuchu rodzącej, krzyżując obie jej połowy w ten sposób, że koniec połowy lewej przechodzi na stronę prawą i przeciwnie. Jedną połowę układam najpierw na dolną część brzucha, a więc od spojenia łonowego aż nieco powyżej pępka, drugą zaś połowę układam powyżej pępka, tak, aby opaska górnym brzegiem zachodziła ponad dno macicy. Założenie opaski powyżej dna macicy ma na celu ugniatanie dna macicy ku miednicy nie tylko dla tego, aby przeszkodzić usunięciu, a względnie wysunięciu się dna macicy z pod opaski i nie dopuścić do wyciągnięcia się macicy ku górze, lecz także w tym celu, aby w danym przypadku ucisk, stósowany na dno macicy, mógł działać i na płód, którego druga część, większa, znajduje się zwykle w dnie, w kierunku jego osi podłużnej. Po założeniu opaski operator, stojąc po odpowiedniej stronie, ujmuje koniec tej połowy opaski, która przechodzi przez dno macicy, osobie zaś pomagającej poleca stanąć po drugiej stronie łóżka, względnie rodzącej, i ująć koniec drugiej połowy opaski. Z chwilą rozpoczęcia się bólu, na dany znak, należy pociągać równocześnie za końce obu połów opaski, jednak nie w kierunku ku sobie, a więc na boki, tylko o ile możności prostopadle do podłogi, a względnie do pościeli. W tym celu ujmuje się każdą połowę opaski o 10 do 15 centymetrów powyżej poziomu łóżka dwoma rękami i, stojąc na palcach nóg z boku łóżka, należy się opierać na rękach, trzymających opaskę; tak więc możemy dowolnie zmniejszać lub zwiększać siłę ucisku bez najmniejszego wysiłku, opierając się ciężarem swojego ciała jużto więcej na palcach nóg, już też na rękach, które należy w tym celu trzymać bądź wyprostowane przy sobie, bądź też tylko nieco zgięte w łokciach. W czasie wykonywania zabiegu należy naśladować charakter bólów, to jest z początku słaby ucisk zwiększać stopniowo, a po utrzymaniu przez kilka sekund na szczycie, powoli go zmniejszać. Ucisk wywarty połową opaski, przechodzącą przez dno macicy, powinien być znacznie większym, aniżeli ucisk połową, przechodzącą przez dolną część brzucha. Gdy bowiem dolna połowa opaski ma za zadanie tylko przeciwdziałać i służyć niejako za oparcie i wzmocnienie dla powłok brzusznych, będących pod większem ciśnieniem śródbrzusznem, to połowa górna ma ugnia-

tać na dno macicy, a w danym razie i na płód. Gdy więc górna część opaski działa więcej czynnie, to dolna spełnia zadanie więcej biernego oporu; dlatego to operator powinien uciskać zapomocą połowy górnej, a osoba pomagająca za dolną. W ten sposób ucisk, wywarty na całą powierzchnię brzucha przez opaskę lub prześcieradło płócienne, które dokładnie można przystósować do kształtów brzucha, może być nawet bardzo znacznym. Przy zbyt mocnem jednak ugniataniu, zwłaszcza trwającem bardzo długo i wiele razy powtarzanem, ucisk taki, jak to wyraźnie wszyscy prawie autorowie zaznaczają omawiając postępowanie Kristellera, może sprowadzić omdlenie lub nawet obumarcie płodu, a to skutkiem uciśnięcia miejsca przyczepienia się łożyska i następowych zaburzeń w krążeniu łożyskowem. Z tego powodu nie należy bezwarunkowo zbyt gwałtownie ugniatać i zbyt długo zabiegu tego stósować, zwłaszcza jeżeli wskazaniem do przyśpieszenia porodu są objawy, świadczące o grożącem niebezpieczeństwie dla życia płodu.

Osoby rodzące znoszą dobrze nawet bardzo silny ucisk i nigdy nie spostrzegałem po zastósowaniu wygniatania wpływu niekorzystnego, ani miejscowego ani też ogólnego. Nawet po zastósowaniu zapomocą opaski tak silnego ucisku, że aż przezwycięży on tłocznię brzuszną i zadziała silnie wprost na macicę, ugniatając ją ku kręgosłupowi i ku miednicy, nie skarżyły się wcale rodzące na znaczniejszy ból; po zaprzestaniu zaś ucisku nie doznawały żadnych dolegliwości i zgadzały się chętnie na dalsze stósowanie zabiegu.

Tą metodą zapomocą opaski stósowałem ucisk podczas bólu nie dłużej jak 10 do 15, a najwyżej do 20 sekund, powtarzając go kilkakrotnie w przerwach 3—5 minutowych. Zwykle trzy, cztery lub pięć silniejszych ugnieceń wystarczało do ukończenia porodu. Jeżeli zaś po zastósowaniu kilku silnych ugnieceń nie stwierdzono wyraźnego postępu porodu, natenczas dalszych ugnieceń nie stósowano, uważając zbyt gwałtowne i długo trwające ugniatanie za zabieg rozwiązujący mniej łagodny, zwłaszcza dla płodu, aniżeli wykonanie innego sposobu operacyjnego.

Postępując w sposób powyżej opisany, stósowałem wygniatanie płodu z wynikiem korzystnym w jedenastu przypadkach, których przebieg porodu w streszczeniu zamieszczam:

I. M. W. Nr. protok. 831, r. 1897. Ciąża II. Położenie płodu podłużne czaszkowe I. Poród na czasie. Wymiary miednicy prawidłowe. Przy zupełnie rozwartem ujściu zewnętrznem macicy, po pęknięciu pęcherza płodowego i główce, ustawionej największym obwodem we wchodzie miednicy, poród wcale nie postępował przez dwie godziny; bóle porodowe były słabe, przedgłowie duże. Wykonano 4 silne ugniecenia zapomocą opaski, poczem ze szpary sromowej wytoczyła się główka w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy ważył 4150 gramów. Popłód odszedł po 15 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

II. M. B. Nr. protok. 36, r. 1898. Ciąża VI. Położenie płodu podłużne czaszkowe II. Poród na czasie. Wymiary miednicy prawidłowe. Przy ujściu zupełnie rozwartem, po pęknięciu pęcherza płodowego, główka największym obwodem przeszła przez wchód miednicy, poczem pomimo prawidłowych bólów, poród nie postępował. Badanie wykazało wtedy, że tętno płodu, przedtem wyraźne, silne, stało się zaledwie słyszalne, głuche, wolne, a z początkiem każdego bólu odpływa z pochwy spora ilość krwi płynnej, ciemnej. Rozpoznano przedwczesne odklejenie się łożyska. Zaraz wykonano dwa silne uciśnięcia zapomocą prześcieradła i w przeciągu 5 minut wygnieciono płód mocno omdlały, który pomimo docucenia, umarł po kilku godzinach. Płód ważył 3700 gramów. Na około szyjki płodu pępowina była dwa razy okręcona i skutkiem napięcia nie pozwalała się główce obniżać, a przez pociąganie przy bólach za łożysko przedwcześnie je odkleiła. Zaraz po wytoczeniu płodu odszedł popłód w całości. Połóg prawidłowy.

III. A. S. Nr. protok. 179, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe II. Poród na czasie. Miednica płaska. Przy główce nizko poprzecznie ustawionej, bólach bardzo słabych, poród nie postępował przez $1\frac{1}{2}$ godziny. Wykonano trzy silne uciśnięcia, a czwarte słabe zapomocą opaski i w ten sposób wykonano w przeciągu 12 minut wygniecenie płodu żywego, którego ciężar ciała wynosił 3100 gramów. Główka dokonała zwrotu i wytoczyła się w mechanizmie prawidłowym. Popłód odszedł po 20 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

IV. K. S. Nr. protok. 210, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe I. Poród na czasie. Wymiary miednicy prawidłowe. Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego przy ujściu rozwartem na koniec palca i nie ustalonej główce. Bóle porodowe od początku słabe. Przy ujściu zewnętrznem macicy prawie zupełnie rozwartem, główce, będącej największym obwodem we wchodzie miednicy, postanowiono z powodu rosnącego przedgłowia i bardzo słabych bólów poród ukończyć. W tym celu wykonano 4 silne uciśnięcia zapomocą opaski i w przeciągu 15 minut urodzono płód w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy ważył 3800 gramów. Popłód odszedł po 14 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

V. S. Z. Nr. protok. 304, r. 1898. Rodziła trzy razy; pierwszy poród siłami przyrody, płód mały; drugi poród zakończony kleszczami, trzeci poród bliźniaczy. Obecnie ciąża IV. Położenie płodu podłużne czaszkowe II. Poród na czasie. Wymiary miednicy: D. S. = 22. D. C. = 27. D. J. = 28. *Conj. extr.* = $16\frac{1}{2}$—17 ctm. 18. *Conj. diagon.* = $9\frac{1}{2}$ ctm. Przy ujściu zupełnie rozwartem przebito gruby pęcherz płodowy, spychając równocześnie główkę ruchomą do wchodu miednicy. Po 4 godzinach badanie wykazało bóle silne, pierścień skurczowy sięga do pół odległości pomiędzy spojeniem łonowem a pępkiem, główka największym obwodem jeszcze przez wchód nie przeszła. Postanowiono spróbować w tym przypadku ucisku od zewnątrz i wykonano w przeciągu 16 minut cztery silne, a jedno słabe, uciśnięcia zapomocą prześcieradła, poczem główka obniżyła się do wychodu miednicy, dokonała zwrotu i za jednym bólem w mechanizmie prawidłowym wytoczyła się siłami przyrody ze szpary sromowej. Płód żywy ważył 3500 gramów. Popłód odszedł po 30 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

VI. B. B. Nr. protok. 314, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe I. Poród na czasie. Wymiary miednicy. D. S. = 22. D. C. = 26. D. T. = 29. *Conj. extr.* = 18 *Conj. diagon.* = 11 ctm. Z powodu następowego osłabienia bólów porodowych, przy główce w pochwie poprzecznie ustawionej, wobec dość znacznego przedgłowia, wykonano trzy silne uciśnięcia w przeciągu 12 minut zapomocą opaski i wytoczono główkę w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy ważył 3400 gramów. Popłód odszedł po 10 minutach w całości. W pierwszych kilku godzinach po porodzie ciepłota raz jeden dosięgła 38° C., zresztą połóg prawidłowy, bezgorączkowy, to jest, że podwyższenia ciepłoty, dochodzącego tylko choćby do 37·5° C., nie było.

VII. P. M. Nr. protok. 338, r. 1898. Ciąża II. Położenie płodu podłużne miednicowe zupełne II. Poród na czasie. Wymiary miednicy. D. S. = 22. D. C. = 26. D. T. = 29. *Conj. extr.* = $17\frac{1}{2}$ *Conj. diagon.* = 10 ctm. Większa ilość wód płodowych, bóle słabe. Przy ujściu zupełnie rozwartem przebito gruby pęcherz płodowy; wód odpłynęło około dwóch litrów, poczem pośladki ustaliły się we wchodzie. Po trzech godzinach, przy bólach znacznie silniejszych niż przedtem, pośladki zstąpiły do próżni miednicy, poczem bóle stały się znów słabe, rzadkie, a na pośladku i sromie płodu wytworzyło się znaczne obrzmienie porodowe. Zastósowano trzy silne uciśnięcia prześcieradłem w przeciągu 10 minut, poczem wytoczyły się ze szpary sromowej pośladki wraz z nóżkami, zachowując mechanizm prawidłowy. Następnie wykonano pomoc ręczną, uwolnienie rączek i wydobycie główki było trudne z powodu znacznego niestosunku porodowego. Płód omdlały docucono, ważył 3650 gramów. Popłód odszedł po 25 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

VIII. T. S. Nr. protok. 349, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe II. Poród na czasie. Wymiary miednicy prawidłowe. Przy ujściu zupełnie rozwartem, po pęknięciu pęcherza płodowego, główce, która największym obwodem przeszła przez wchód miednicy, bóle, przedtem prawidłowe, stały się rzadsze, słabsze, krótkie. Gdy przez półtora godziny nie stwierdzono żadnego postępu porodu, a przedgłowie znaczne się utworzyło, zastósowano pięć razy w przeciągu 15 minut mierny ucisk zapomocą opaski, poczem ze szpary sromowej wy-

toczyła się główka w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy, ważył 3200 gramów. Popłód odszedł po kilku minutach, mały strzęp błon płodowych pozostał. Połóg prawidłowy.

IX. M. K. Nr. protok. 468, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe II. Poród na czasie. Wymiary miednicy prawidłowe. Przy ujściu zewnętrznem, rozwartem na guldena, pękł pęcherz płodowy, główka największym obwodem we wchodzie. Po kilku godzinach, przy silnych bólach, główka zstąpiła do próżni miednicy i pochwy. Następnie bóle stały się mniej częste, krótkie i pomimo parcia rodzącej, poród nie postępował przez trzy godziny, tylko przedgłowie znaczne się wytworzyło, a tętno płodu stało się nieregularne. Z tego powodu zastósowano w przeciągu 10 minut trzy dość silne uciśnięcia zapomocą opaski, poczem wytoczyła się główka w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy ważył 3550 gramów. Popłód odszedł po dwu godzinach w całości. Połóg prawidłowy.

X. W. W. Nr. protok. 541, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe I. Poród na czasie. Wymiary miednicy D. S. = 25$^1/_2$, D. C. 26$^1/_2$. D. T. = 28. *Conj. extr.* = 16$^1/_4$. *Conj. diagon.* = 9 ctm. Kości cienkie i zląd zewnętrzne wymiary miednicy są mniejsze, aniżeli to odpowiada ścieśnieniu miednicy. Przy ujściu zewnętrznem, na guldena rozwartem, główce nie ustalonej, pękł pęcherz płodowy; bóle bardzo silne, wydatne. Po 20 godzinach bóle bardzo słabe, rodząca wyczerpana, tylko nader słabo napiera; główka nizko poprzecznie ustawiona, przedgłowie bardzo duże, tętno płodu wolne, czasem nieregularne. Wobec takiego stanu postanowiono poród ukończyć. Zastósowano trzy silne uciśnięcia zapomocą prześcieradła w przeciągu 10 do 12 minut. Główka dokonała zwrotu i wytoczyła się ze szpary sromowej w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy ważył 3000 gramów. Popłód odszedł po godzinie w całości. Połóg prawidłowy.

XI. W. M. Nr. 543, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe I. Poród na czasie. Wymiary miednicy: D. S. = 22. D. C. = 25. D. T. = 29. *Conj. extr.* = 18. *Conj. diagon.* = 11 ctm. Z powodu następowego osłabienia bólów porodowych i przeciągania się porodu przy główce w próżni miednicy, znacznego przedgłowia, tętna płodu wolnego, słabo słyszalnego, postanowiono poród ukończyć. W tym celu zastósowano cztery dość silne uciśnięcia zapomocą prześcieradła w przeciągu 15 minut, poczem wytoczyła się główka ze szpary sromowej, zachowując mechanizm prawidłowy. Płód żywy ważył 3250 gramów. Popłód odszedł po 75 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

Jak widzimy, zabieg cały nie trwa długo; w jednym przypadku potrzeba było tylko 5 minut, a najwyżej, także tylko w jednym, 16 minut; przeciętnie zaś potrzeba było około 12 minut do ukończenia porodu zapomocą wygniatania płodu. Nawet w przypadkach, w których przed zabiegiem największy obwód główki znajdował się we wchodzie, główka w krótkim czasie przechodziła przez całą miednicę. A zatem wygniatanie płodu można stósować nie tylko w przypadkach, w których główka znajduje się w cieśni lub wychodzie, lecz także w przypadkach, w których główka płodu znajdować się będzie największym obwodem w płaszczyźnie wchodu miednicy. Zabieg sam jest nader prosty, łatwo bardzo wykonać się dający; może zatem w pewnych przypadkach być użytym zamiast innych rękoczynów rozwiązujących, a przedewszystkiem kleszczy. Niewątpliwą zaś zaletą tego postępowania jest niejako naśladowanie i wzmocnienie sił wydalających płód w prawidłowych stosunkach. Podczas gdy, pominąwszy już niebezpieczeństwo zakażenia, możemy często sprowadzić przy użyciu kleszczy obrażenie części miękkich matki, uszkodzenie płodu, w pewnych zaś warunkach mogą kleszcze nawet utrudniać do pewnego stopnia główce wykonanie prawidłowego mechanizmu porodowego, to przy stósowaniu wygniatania unikamy tego w zupełności. Przy wygniataniu bowiem nie możemy w niczem zmienić ułożenia płodu, ani też wpływać na szereg zwrotów, jakie płód, a przedewszystkiem jego części większe, przechodząc przez miednicę, wykonują. Mechanizm porodowy pozostaje zatem przy wygniataniu płodu zależnym od istniejącego już z natury w danym przypadku stosunku wymiarów główki płodu do miednicy i nic nie staje mu na przeszkodzie do swobodnego dokonania. Z tych powodów należałoby stósować wygniatanie płodu zamiast operacyi kleszczowych znacznie częściej, aniżeli to obecnie się dzieje, jako samoistny zabieg rozwiązujący. Za wskazane zaś uważałbym w każdym przypadku stósowanie kilku ugnieceń przed założeniem kleszczy, n. p. zanim narzędzie zostanie wygotowane i przysposobione, a to dla próby, czy w danym przypadku, przez użycie zabiegu bądź co bądź lżejszego, nie będziemy mogli uniknąć poważniejszego zabiegu. Jeżeli zaś przekonamy się, że użycie kleszczy jest niezbędne, to przez poprzednie zastósowanie ucisku nie tylko stan nie mógł się zmienić na niekorzyść, lecz często bardzo pod wpływem ugniatania główka zstąpi nieco niżej i skutkiem tego zabieg rozwiązujący będzie do wykonania łatwiejszym. Obok tego należałoby także większą aniżeli dotąd zwrócić uwagę na zastósowanie ucisku od zewnątrz równocześnie z innymi zabiegami, jak n. p. z kleszczami, a zatem jako zabiegu uzupełniającego, pomocniczego przy stósowaniu kleszczy, co polecił już Kristeller i Czudowski. Wiemy, że przy pociąganiu kleszczami dokonanie zwrotu główki potylicą pod spojenie łonowe, często bardzo, zwłaszcza wobec bardzo słabych bólów, nie następuje i dopiero kleszczami musimy dokonać zwrotu. Otóż równoczesne stósowanie kleszczy wraz z uciskiem przez powłoki brzuszne może bez wątpienia ułatwić dokonanie zwrotu, a dalej, pociąganie za kleszcze wymagać będzie znacznie mniej siły przy równoczesnem użyciu uciskania, aniżeli przy stósowaniu samych kleszczy.

Pomimo, iż są to rzeczy po największej części dawno znane, gdyż stósowanie ucisku należy do najstarszych zabiegów w położnictwie, to przecież uważałem za stósowne podać do szerszej wiadomości i do wypróbowania wygodny i bezpieczny sposób stósowania ucisku, tak jak go powyżej opisałem, tem więcej, że nie wymaga żadnych przyborów i przygotowań. Prześcieradło bowiem, którem najczęściej się także posługiwałem, znajdzie się przecież i w najuboższej chacie.

Literatura:

1) Bidder: Die Kristeller'sche Expressio in der Eröffnungsperiode mit Gegendruck am Muttermund. (Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynäk. Bd. II. 1878).

2) Bidder: Zur Beurtheilung der Kristeller'schen Expressionsmethode bei Kopflagen. (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. III. 1878).

3) Brühl: Untersuchungen über den Stand des Kopfes und über die Eindrückbarkeit desselben in den Beckenkanal als prognostisches Moment der Geburt. (Archiv f. Gynäkol. Bd. XXVI. Heft. I).

4) Crede: Methode der Entfernung des Fruchtkuchens bei natürlicher Geburt. (Monatschrift. f. Geburtskunde u. Frauenkrankheiten Bd. XVI. 1860).

5) Czudowski: Wytłaczanie płodu przy wydobywaniu go kleszczami. (Gazeta lekarska, Nr. 10. 1887).

6) Engström: Ueber Expression des vorliegenden Kindskopfes. (Finska Läkare sällskapets Handlingar Nr. 5 i 6. 1884). (Referat: Centralblatt. f. Gynäk. Nr. 17. 1885).

7) Fritsch: Klinik der geburtsh. Operationen. 1876.

8) Hofmeier: Ueber Contractionsverhältnisse des kreissenden Uterus und ihre eventuelle Behandlung. (Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. Bd. VI. 1881).

9) Hüter: Compendium der geburtsh. Operationen. 1874.

10) Kleinwächter: Grundriss der Geburtshülfe. 1877.

11) Kristeller: Die Expressio foetus. Neues Entbindungsverfahren unter Anwendung äusserer Handgriffe. (Monatsschrift für Geburtskunde u. Frauenkrankheiten. Bd. XXIX. 1867).

12) Martin: Leitfaden der operat. Geburtshülfe. 1877.

13) Müller: Handbuch der Geburtshülfe. III. Bd. 1889.

14) Müller: Ueber das Einpressen des Kopfes in den Beckenkanal zu diagnostischen Zwecken. (Sammlung klinischer Vorträge Nr. 264).

15) Ostermann: Die Cardinalbewegung des Geburtsmechanismus. (Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäk. Bd. XXIX. 1894).

16) Schröder: Der schwangere und der kreissende Uterus. Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Geburtskunde unter Mitwirkung der Dr. Hofmeier, Ruge, Stratz. Bonn. 1886.

17) Schröder: Lehrbuch der Geburtshülfe. 1888.

18) Schatz: Die Aetiologie der Gesichtslagen. (Archiv f. Gynäkolog. Bd. XXVII. 1886).

19) Spiegelberg: Lehrbuch der Geburtshülfe. 1878.

20) Strassmann: Aeussere und combinirte geburtshülfliche Verfahren. (Archiv f. Gynäkol. Bd. XLIX. 1895).

21) Thorn: Zur manuellen Umwandlung der Gesichtslagen in Hinterhauptslagen. (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. XIII, 1886).

22) Winckel: Zur Beförderung der Geburt des nachfolgenden Kopfes. (Verhandlungen der Deut. Gesell. für Gynäkologie. Halle. 1888. Str. 19—25).

23) Zweifel: Lehrbuch der Geburtshülfe. 1887.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. R. Spira. **Krwotoki uszne.** *(Osobne odbicie z „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften“.* Z. 140, 141).

Że wszelkie zabiegi operacyjne w uchu mogą za sobą pociągnąć większy lub mniejszy krwotok, jest rzeczą samo przez się zrozumiałą. W pierwszym rzędzie należy tu niezręczne wzięcie się do wydobycia ciała obcego z ucha, nakłócie błony bębenkowej itd. Zaznaczyć jednak wypada, że i przy najlżejszych zabiegach operacyjnych zajść mogą takie nieprzyjemne niespodzianki. Zdarzało się również, iż przy przebiciu błony bębenkowej nacięto opuszkę żyły szyjnej, co spowodowało obfity krwotok. (Ludewig, Gruber, Hildebrandt, Breger, Seligmann). Zdarza się bowiem czasami, iż w ścianie oddzielającej jamę bębenkową od dołka szyjnego (fossa jugularis) istnieją wrodzone luki, w następstwie czego wchodzi ściana naczyniowa żyły wspomnianej w bezpośrednią styczność z błoną śluzową jamy bębenkowej, w którą się wpukla. Wykonując przy takich warunkach paracentezę błony bębenkowej w tylnym dolnym kwadrancie, można łatwo naciąć opuszkę żyły szyjnej. Kilka takich przypadków jest opisanych w literaturze. Wszystkie dotyczą prawej strony; to tłomaczy się tem, iż prawy dołek szyjny (fossa jugularis) jest zwykle obszerniejszy i głębszy od lewego. Krwotok w ten sposób powstały jest naturalnie silny i trudny do zatamowania. Mimo tego udało się we wszystkich (5) dotąd znanych przypadkach tego rodzaju uszkodzenia przecież krwotok zatamować; jeden tylko przypadek zakończył się śmiertelnie wskutek ropnicy. Za życia można taki nieprawidłowy przebieg wspomnianej żyły poznać po niebieskiej kolistej plamce, którą w takim razie czasem na tylnym dolnym kwadrancie błony bębenkowej widzimy, a która z zagłębieniami okienek ściany błędnikowej nic nie ma wspólnego. (Gomperz).

W przypadku Hildebrandta świetlny blask znajdujący się w przednim dolnym odcinku błony bębenkowej, zmieniał swój kształt, jeżeli się wywarło dość silny ucisk na żyłę szyjną tej samej strony, a wracał natychmiast do pierwotnej formy po zaprzestaniu uciskania. Dalej żyły odpowiedniej połowy twarzy silniej były wypełnione, a chora okazywała ślady przebytej krzywicy.

Nadto zdarza się niekiedy (Körner), że tętnica szyjna (carotis) leży tak blisko jamy bębenkowej, iż przy otwarciu jej łatwo do uszkodzenia tego naczynia przyjść może.

Zdarzyło się również, iż wzięto tętniaka ucha zewnętrznego za czyrak i nacięto go; oczywiście to pociągnęło za sobą silniejszy krwotok, który dopiero po kilkudniowej tamponadzie ustał. Krwotoki lżejsze, od uszkodzenia błony bębenkowej pochodzące, wystąpić mogą przy silnem wystrzykiwaniu ucha, przy mocnem wpędzaniu powietrza, nadto przy aspiracyi powietrza z ucha zewnętrznego itd. Wskutek bowiem rozrzedzenia powietrza w uchu zewnętrznem przychodzi do silnego przekrwienia naczyń w zakresie błony bębenkowej i zewnętrznego przewodu, które szczególnie przy odpowiedniej skłonności łatwo pękają. Rozpoznanie przyczyny krwotoku zwykle trudności nie sprawia. Po dokładnem zbadaniu narządu słuchu i należytem uwzględnieniu wszystkich czynników etyologicznych, uda się nam po największej części odnaleźć źródło krwotoku. W tych jednak przypadkach, w których na podstawie dokładnego rzeczowego zbadania i ścisłych wywiadów możemy wykluczyć wszelki uraz lub chorobę narządu słuchowego, jako przyczynę krwotoku, należy dokładnie zbadać całe ciało, w kierunku zboczeń ustrojowych (konstytucyonalnych), jak choroby nerek, zboczenia w krążeniu, miażdżyca tętnic, macinnica, niedokrewność, zboczenia w miesiączkowaniu itd., które to zaburzenia mogą, jak wiadomo, dać powód do krwotoków usznych. Uwzględnienie wywiadów, okresowe występowanie tych krwotoków, obecność pewnych objawów zwiastunowych dają dalsze ważne wskazówki, ułatwiające rozpoznanie pierwotnych krwotoków usznych. Przy badaniu wywiadowem nie wolno nam zapominać o możebności symulacyi, do czego szczególnie pobór do wojska daje okazyę.

Rokowanie w krwotokach usznych jest z małymi wyjątkami pomyślne. Krwotoki te rzadko przyjmują większe rozmiary i są zwykle łatwe do zatamowania. Krwotoki z naczyń większych, jak to ma np. miejsce przy złamaniu podstawy czaszki, przy nagłem pęknięciu większych naczyń krwionośnych wskutek nadżarcia przez szerzenie się sprawy próchniczej, dalej przy nacięciu żyły szyjnej itp. mogą się jednak stać niebezpiecznymi. Krwotoki pochodzące z uklejów, ziarnin itd. są długotrwałe i często się powtarzając, prowadzą łatwo do ogólnego osłabienia i niedokrewności. Bardzo niebezpieczne są krwotoki z tętnicy szyjnej, gdyż i podwiązanie tego naczynia na szyi nie zawsze prowadzi do pożądanego celu; często wytwarza się krążenie uboczne przez tętn. kręgową (arteria vertebralis) i koło tętnicze Willizyusza (circulus arteriosus Willisii) i krwotok powraca. Tamponada zewnętrznego przewodu usznego może również być bezskuteczną, gdyż krew wypływa z taką siłą, że może tampon wyprzeć, lub też toruje sobie inną drogę przez trąbkę Eustachyusza. W takich przypadkach może łatwo przyjść do szybkiego zejścia śmiertelnego.

Krwotoki urazowe, same przez się nawet nieznaczne, mogą się stać łatwo niebezpiecznymi, jeżeli się do nich przyłączy odczynowe zapalenie ropne błony bębenkowej ucha środkowego, lub wreszcie błędnika, o ile te części zostały uszkodzone. Rokowanie zatem dalsze zależy od przyczyny krwotoku, względnie od rodzaju urazu, wywołującego krwotok.

Jasną jest rzeczą, że krwotoki uszne, zwłaszcza natury urazowej, mogą w pewnych okolicznościach nabrać znaczenia sądowo-lekarskiego.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wyciągi.

Fraenkel: **Kilka uwag o znajdowaniu się prątków mazidła** *(Smegmabacillen)* **w płwocinie.** *(Berl. klin. Wochs.* 1898. 40.) W Nr. 37 b. r. *Berl. klin. Wochs.* ogłosił Pappenheim przypadek dotyczący 30-letn. kobiety, zmarłej wskutek następstw mieszkowego ropnego zapalenia jelit, u której na

kilka dni przed śmiercią pojawiło się rozległe stłumienie nad płatem dolnym prawego płucaz oskrzelowym oddechem i dźwięcznemi rzężeniami; w ropnej plwocinie wykazał P. sposobem Gabbeta prątki, niczem nie różniące się od gruźliczych i, na tej podstawie, rozpoznano gruźlicę. Dopiero sekcya wykazała, że zmian gruźliczych nigdzie w ustroju nie było; w dolnym płacie płuca prawego znajdowała się jama zgorzelinowa, a w jej cuchnącej, ropiastej treści prątki takiesame, jakie za życia znajdowały się w plwocinie; dalsze badania dowiodły, że były to tak zw. „*Smegmabacillen*". Fränkel zwraca uwagę, że dawniej już ogłaszał podobne przypadki i że szczególnie w przypadkach zgorzeli obecność takich wrzekomo gruźliczych prątków w plwocinie wcale nie jest rzadkością, co zależy prawdopodobnie od obfitej zawartości kwasów tłuszczowych w takiej plwocinie. Pominąwszy możliwość pomyłek rozpoznawczych, rzecz zyskuje przez to jeszcze na znaczeniu, iż, jak doświadczenie poucza, niekiedy do zgorzeli płuc w istocie przyłącza się następowo gruźlica Być może, że obecność „*Smegmabacillen*" zdarza się też i w zwykłych rozszerzeniach oskrzeli z zastojem wydzieliny, przynajmniej F. spostrzegał jeden podobny przypadek. — Aby odróżnić prątki gruźlicze od prątków mazidła (*Smegmabacillen)*, podawano różne sposoby barwienia, głównie radząc przy odbarwianiu preparatów posługiwać się wyłącznie bezwodnym wyskokiem, a unikać użycia silnych kwasów mineralnych. W rzeczywistości jednak rzadko tylko zdarza się potrzeba rozróżnienia obu rodzajów prątków, przynajmniej w badaniu plwocin; w tych rzadkich zresztą przypadkach oddawał Fränklowi dobre usługi sposób Honsella, to jest zabarwienie fuchsyną karbolową, a odbarwienie przez 10 min. w bezwodnym wyskoku z dodatkiem 3.o HCl. i podbarwianie wyskokowym rozczynem błękitu metylowego. Przy tem postępowaniu prątki mazidła odbarwiają się, prątki gruźlicze zachowują barwę czerwoną.

Doc. Ciechanowski.

Schönfeld: **Uwagi o nowym przyrządzie odkażającym Schlossmana i o glykoformolu**. (*Dts. med. Woch.* 98. 40). Przyznając na podstawie prób w szpitalu powszechnym w Mannheimie wyższość glykoformolowi nad formaliną, a przyrządowi Schlossmana nad przyrządami Scheringa i Trillata do odkażania pomieszkań, zwraca jednak S. uwagę na ujemne strony nowego sposobu. Wprawdzie przy użyciu przyrządu Schlossmana ginęły gronkowce i zarodniki wąglikowe umieszczone w niedomkniętych kieszeniach odzieży, w otwartej z jednej strony poduszce włosianej i t. d., jednakże zatrzymywały swą żywotność w głębi grubych materaców włosianych, jak tego zresztą należało się spodziewać. Umieszczanie więc w odkażanym pokoju materaców i t. d., jak to zaleca okólnik fabryki Lingnera, wyrabiajacej przyrząd Schlossmana, nie doprowadzi do celu, a może dać powód do złudzeń co do wartości dokonanego odkażenia. Ponieważ włósie niszczy się przy odkażaniu parą wodną, przeto zaleca S. materace włosiane zmoczyć i przepoić 2% rozczynem formaliny, a potem wysuszyć w suszarce. Inne wady sposobu Schlossmana są następujące: glykoformol zabija króliki, które znoszą działanie formaliny z przyrządu Scheringa; aby przewietrzyć pokój po glykoformolu, trzeba wejść w stósownej masce, gdyż drażni on błony śluzowe znacznie silniej, niż formalina z dawnych przyrządów; zapach formaliny po odkażeniu sposobem Schlossmana usunąć bardzo trudno: użycie amoniaku nie wiele na to pomaga, a może uszkodzić olejne malowanie ścian. Kilka dni po odwietrzeniu trwający zapach utrudnia więc bardzo wprowadzenie tego sposobu w użycie w mieszkaniach ubogiej ludności. W końcu wadą są znaczne koszta przyrządu (80 marek) i glykoformolu (4. M. za litr.); stąd też odwietrzenie pokoju o 240 m.^{3} kosztuje jednorazowo aż 24 M., pomijając już, że przy tem działać muszą równocześnie 3 przyrządy. Ponieważ glykoformol jest prostą mieszaniną wody, gliceryny i formaliny, przeto można go przyrządzić samemu, a wówczas koszt nie wynosi i połowy ceny, żądanej przez fabrykę Lingnera za ten przetwór. (Badania, prowadzone za staraniem dyr. Ponikły w szpitalu św. Łazarza objaśnią nas wkrótce, o ile zarzuty S. są usprawiedliwione)

Doc. Ciechanowski.

Weinrich: **Zdolność barwienia się dwoinek rzeżączkowych** (*gonococcus*) **i ich zachowanie się wobec sposobu Grama.** (*Ctblt. f. Bact.* 1898. tom 24. Nr. 6/7) Wobec wielkiej częstości rzeżączki i wagi, jaka ma szybkie i pewne wykazanie dwoinek Neissera (gonokokków), nic dziwnego, że nie brak usiłowań, aby sposoby wykrycia tych drobnoustrojów jak najbardziej udoskonalić. Przez czas pewien sądzono, że od innych podobnych dwoinek odróżniają się dwoinki Neisserowskie tem, że sposobem Grama odbarwiają się; później podawano te cechy rozpoznawcze kilkakrotnie w wątpliwość, jednakże niektórzy badacze utrzymywali, że sposób Grama wówczas tylko daje wyniki niepewne, jeżeli barwik (roztwór gencyany w wodzie anilinowej) i płyn Lugola, użyty do odbarwienia, spłókuje się wodą. Okoliczność tę podkreślił już sam Gram. Weinrich doszedł do następujących wyników: Pierwotny sposób Grama daje, co do dwoinek Neissera, bezwzględną rozpoznawczą pewność i jest lepszy, niż wszystkie jego odmiany, byleby preparaty były odbarwiane bezwodnym wyskokiem i byleby unikać jak najskrupulatniej opłókiwania wodą przy przygotowywaniu preparatów. Niepewne wyniki sposobu Grama, jakie otrzymywano, nie zależą od stopnia zgęszczenia barwika, lecz jedynie od tego, że używano opłókiwania wodą po zabarwieniu płynem Ehrlicha, lub po płynie Lugola, albo też posługiwano się wyskokiem rozcieńczonym. Równie dobrze posługiwać się można 2½% rozczynem karbolowym gencyany, jak płynem Ehrlicha; rozczyn karbolowy jest trwalszy. Do odbarwiania nie należy używać środków silnie działających, jak alkoholu kwaśnego (z kw. solnym, azotowym lub ⅙ acetonu), gdyż wówczas łatwo powstają pomyłki rozpoznawcze. Do podbarwiania po sposobie Grama najlepiej używać *Bismarkbraun* (wezuwiny), według przepisu: 70.o wody destyl. gorącej, 3.o wezuwiny, 30.o wyskoku 96%, na zimno; fuchsyna i błękit metylowy mniej się do podbarwienia nadają. Całe zatem postępowanie, według Weinricha, odbywać się powinno, jak następuje: preparaty z wydzieliny, wysuszone i ustalone w płomieniu, barwi się 1-3 minut płynem Ehrlicha, lub rozczynem karbolowym gencyany (Fränkla); potem nie opłókując wodą, poddaje się je 1-3 minut działaniu płynu Lugola, wreszcie nie opłókując wodą, zmywa wyskokiem bezwodnym przez 1-1½ minuty (dopóki wyskok jeszcze się barwi). Dopiero teraz można opłókać preparaty i podbarwić wezuwiną. (Autor nie uwzględnił wcale pracy Nowaka i Wachholza: „O znaczeniu gonokokków" i t. d. Praca ta, ogłoszona także po niemiecku, powinna być autorowi dostępną Rf.)

Doc. Ciechanowski.

Prof. Kessler: **O raku pochwy i jej wycinaniu.** (*St. Petersburger medicinische Wochenschrift*, Nr. 34, r. 1898). Rak pochwy jest może najniebezpieczniejszym ze wszystkich złośliwych nowotworów, rozwijających się w cześciach rodnych niewieścich. Zazwyczaj rośnie szybko, gdyż luźna tkanka, otaczająca pochwę, sprzyja bujaniu ognisk rakowych. Chore nie doświadczają przytem znaczniejszych dolegliwości i często zbyt późno zglaszają się do lekarza. W przypadkach zaś, w których zabieg operacyjny jest jeszcze możliwym, samo umiejscowienie nowotworu czyni jego doszczętne usunięcie od strony pochwy nadzwyczaj trudnem, ułatwia zaś przeszczepienie cząstek raka w świeżą ranę pochwy.

Wszystkie te okoliczności sprawiają, że wyniki po operacyach raka pochwy należą do najgorszych, a nawrót cierpienia jest prawie regułą. Olshausen usiłował zapobiedz przeszczepianiu raka pochwy w świeżą ranę pochwowa w ten sposób, że wycinał nowotwór nie od strony pochwy, ale od zewnątrz. Robił on mianowicie cięcie poprzeczne na międzykroczu i, idąc w górę, oddzielał ścianę pochwy od kiszki stolcowej i z boków aż do wysokości części pochwowej macicy. Następnie zaś dopiero wycinał nożyczkami naciekłą

część ściany pochwy. Jeżeli zachodziła potrzeba równoczesnego wycięcia macicy, otwierał przez ranę, powstałą przy oddzielaniu pochwy, zatokę Douglasa i wytaczał macicę od tyłu. W dwóch przypadkach operowanych tym sposobem nawrót choroby wystąpił w jednym przypadku po trzech latach, w drugim zaś już po trzech miesiącach. Kessler zmodyfikował operacyę Olshausena w przypadku raka obydwóch ścian pochwy i części pochwowej w sposób następujący: poprowadził on na międzykroczu cięcie poprzeczne długie na $1/2$ dłoni i, przedłużywszy takowe ku górze po zewnętrznej stronie warg sromowych aż do połowy ich wysokości, oddzielił tylną ścianę pochwy od kiszki stolcowej aż do wysokości szyjki macicy. Następnie założył do pochwy pasek gazy jodoformowej i przeciął poprzecznie przednią ścianę pochwy na wysokości górnej trzeciej części cewki moczowej. Cięcie, poprowadzone na przedniej ścianie pochwy, połączył z cięciem na międzykroczu, przedłużywszy je na obie strony przez pochwę, przedsionek i wargi, aż do spotkania z poprzedniem. Teraz odpreparował z przedniej i bocznych ścian pochwy (niezajęty chnowotworem, który znajdował się powyżej) pasek szeroki na 2 ctm. i, mając w ten sposób oddzielony cały dolny odcinek pochwy, zamknął jej światło dwoma pincami, przez co uzyskał szczelne oddzielenie nowotworu od rany zewnętrznej. Całą pochwę odpreparował ku górze na tępo palcem, owiniętym w gazę jodoformową, podwiązując katgutem napinające się twardsze postronki, które wymagały przecięcia. Po oddzieleniu pochwy otworzył Kessler jamę Douglasa, a następnie fałd pęcherzowo-maciczny i, wytoczywszy macicę ku przodowi, podwiązał katgutem więzadła szerokie i tkankę okołomaciczną. W ten sposób wyjęta macica wraz z częścią pochwy stanowiła jeden worek zamknięty pincami, w którym znajdował się nowotwór.

Zeszycie pozostałych ścian pochwy katgutem i zamknięcie rany na międzykroczu zakończyło operacyę. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, w miesiąc po zabiegu chora opuściła szpital zupełnie uleczona, a w $1^1/_4$ roku po operacyi, na listowne zapytanie Kesslera, doniosła, że ma się dobrze i nie doznaje żadnych dolegliwości. *Piotrowski.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek Krak.

Posiedzenie z dnia 10. październ ka 1898 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 8. Nieobecność usprawiedliwili: Prof. Jakubowski, Dr. Piątkowski, Prof. Steingraber i Dr. Surzycki.

1) Ponieważ pani Kosmowska zakład swój kefirowy, polecony przez Tow. Lek. krak., odstąpiła p. Grossowej, uproszono Prof. Dra Bujwida, ażeby zbadał obecny stan fabrykacyi kefiru i zdał sprawę na najbliższem posiedzeniu komisyi.

2) Jednemu z pp. aptekarzy, który udał się do komisyi o zbadanie i polecenie pigułek, w skład których wchodzi rzewień i wyciąg kaskary, uchwalono odpowiedzieć, iż komisya takich złożonych przeworów, które łatwo prowadzić mogą do nadużyć ze strony chorych, poprzeć nie może.

3) Według informacyj zasiągniętych przez sekretarza, z których wynika, że pan magister farmacyi Wolański nie trudni się obecnie wyrobem kefiru, uchwalono ten środek leczniczy wykreślić ze spisu środków leczniczych, przez Tow. Lek krak. poleconych.

4) Przyjęto do wiadomości świadectwa lekarskie i weterynarskie o dobrym stanie zdrowia służby stajennej i krów w mleczarni w Śledziejowicach, poleconej przez Tow. Lek. krak. i to za czas od 1. czerwca 1898 do 1. października 1898 r.

5) Do skontrolowania fabryki przetworów opatrunkowych i przetworów farmaceutycznych p. mag. farm. M. L. Dobrowolskiego w Podgórzu upoważniono prof. Dra Trzebickyego i Dra Lembergera.

6) Na podstawie referatu, złożonego przez Doc Dra Ludomiła Korczyńskiego, uchwalono udzielić właścicielowi zdrojów w Krościenku odpowiednich wskazówek co do zabezpieczenia zdrojów i co do sposobu napełniania wody zdrojowej do flaszek.

7) W celu ułożenia ogólniejszego programu rozwoju i popierania krajowego przemysłu w zakresie wyrobu przetworów leczniczych i dyetetycznych, uchwalono na wniosek sekretarza zwołać ankietę, składającą się z członków komisyi przemysłowo-lekarskiej i wszystkich aptekarzy krakowskich. Materyał do tej sprawy przygotować ma prof. dr. Jaworski wspólnie z dr. Śliwińskim.

8) Ażeby zapewnić zdrojowiskom krajowym dalszę poparcie ze strony lekarzy, poznać ich braki, potrzeby i życzenia, a mianowicie zasięgnąć fachowej opinii lekarzy zdrojowych, uchwalono na wniosek przewodniczącego uprosić w najbliższym czasie właścicieli zdrojowisk i lekarzy zdrojowych na wspólną naradę. Przygotowaniem materyału do tej narady zajmie się Doc. Dr. Korczyński Ludomil.

9) W sprawie wyrobu krajowego suszonych jarzyn i owoców uchwalono na wniosek przewodniczącego zawezwać krajowych producentów do przedłożenia projektów, zmierzających do skutecznego poparcia tej gałęzi przemysłu krajowego.

10) Co do popierania wyrobu bezwodnego wyskoku, produkowanego przez fabryki krajowe, oddano rzecz tę do referatu Prof. Dr. Jaworskiemu.

11) Przyjęto do wiadomości zawiadomienie przewodniczącego, że wystawił panu Matecznemu w Podgórzu imieniem komisyi przemysłowo-lekarskiej poświadczenie, że woda na gruncie jego w Podgórzu wypływająca, jest wodą zdrojową i że wymaga okręgu ochronnego w myśl obowiązującej ustawy górniczej.

12) Zbadanie obecnego stanu źródła, którego używa fabryka K. Rzący i Chmurskiego do fabrykacyi wód leczniczych, powierzono Prof. Dr. Jaworskiemu.

13) Uchwalono wyrazić Redakcyi czasopisma »Zdrojowiska« uznanie za pożyteczną działalność i udzielono obecnemu na posiedzeniu współredaktorowi. Dr. Mikuckiemu, wskazówek co do redagowania tego czasopisma w przyszłym sezonie kąpielowym.

Dr. Michał Śliwiński,
sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 10 Listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, kol. Dr. Karol Kaczkowski okazał przyrząd Röntgena najnowszej konstrukcyi i zastósował go na odpowiednich przypadkach chorobowych.

Zapowiedziany wykład kol. Dra Rutkowskiego, z powodu spóźnionej pory, został odłożony do posiedzenia następnego.

* Koledzy: Doc. Dr. Nowak i Dr. Maryan Piotrowski udają się na dłuższy pobyt za granicę w celach naukowych.

* Następcą ś. p. S. Kondratowicza na stanowisku wydawcy »Gazety Lekarskiej« wybrali właściciele tego tygodnika Dra Jana Pruszyńskiego.

* Dr. Fryderyk Simon, b. asystent przy katedrze weterynaryi w Krakowie, mianowany został adjunktem c. k. Akademii weterynaryi we Lwowie.

* **Sieradz.** Dnia 9 października święcił Sieradz niezwykłą uroczystość. W dniu tym ubiegło 50 lat od chwili otrzymania dyplomu przez Dra Józefa Stanisławskiego, wielce cenionego miejscowego lekarza i obywatela. Mieszkańcy naszego miasta i okoliczni obywatele postanowili uczcić ten dzień uroczystym jubileuszem, który się odbył w dniu oznaczonym.

Józef Stanisławski przyszedł na świat r. 1824 w Śledziejowicach pod Wieliczką; szkoły średnie ukończył w gimnazyum Nowodworskiem; dyplom doktora medycyny otrzymał w Uniwersytecie Jagiell. r. 1847, po obronieniu dysertacyi na temat: »O napojach pod względem policyi lekarskiej«. W celu nabycia szerszej wiedzy praktycznej pozostał w klinice, mianowany jej asystentem. Będąc ostatnim asystentem prof. Brodowicza i pierwszym — prof. Dietla, łączył Dr. Stanisławski swoją asystenturą 2 odmienne epoki nauczania klinicznego w Krakowie.

Znakomicie wyposażony wiedzą praktyczną i teoretyczną, prze-

niósł się do Królestwa polskiego, a po załatwieniu formalności nostryfikacyjnych, osiadł w Sieradzu, gdzie, otoczony powszechnym szacunkiem i uznaniem, do tej pory pełni obowiązki swego zawodu. Dzięki nieskazitelnemu charakterowi i gorliwości obywatelskiej, powołano Dra Stanisławskiego do udziału we wszystkich miejscowych instytucyach dobroczynnych, w których dotychczas przewodniczy z chlubą dla siebie, a pożytkiem dla bliźnich. Po za granicami swego zawodu Dr. Stanisławski poświęca się z zamiłowaniem archeologii; potrafił on wykryć i ocalić wiele zabytków z zamierzchłej przeszłości, cennymi okazami wzbogacił gabinet archeologiczny Uniw. Jagiell. i był inicyatorem i orędownikiem wystawy archeologicznej w Sieradzu, która odbyła się w r. 1883.

Jak wszystko, co szczere, prawdziwe i zasłużone, obchód jubileuszowy odznaczał się wyższym nastrojem ducha. W uroczystości jubileuszowej wzięły udział dzieci, niewiasty, wieśniacy, władze, obywatelstwo, bo działalność Dra Stanisławskiego obejmuje cały obszar społeczeństwa miejscowego, a w jego bogatej skarbonie uczuć lekarza filantropa zadłużyły się wszystkie warstwy społeczeństwa. Odpowiadając na przemówienia, które często wybiegały myślami po za granicę miejscowej uroczystości, wygłosił jubilat z wysokości swego życiowego doświadczenia głębokie myśli i przestrogi, które głównie ku młodszemu pokoleniu skierowywał.

Z Krakowa wziął udział w uroczystości Dr. Józef Szewczyk, przyjaciel jubilata i, jak on, asystent prof. Dietla. Uniwersytet Jagiell. nie zapomniał także o swym wychowańcu i wśród przeszło 100 telegramów był jeden, wielce oklaskiwany, który nadesłał, w imieniu Wydziału lekarskiego, dziekan prof. dr. Jordan.

Uroczystością jubileuszową wystawiło i sobie ciche nasze miasteczko chlubne świadectwo, że zdolne jest odczuć wdzięcznem sercem istotne zasługi swego współobywatela, który oby jeszcze długo żył i działał dla dobra bliźnich i na chwałę społeczeństwa. *X.*

* W Wiedniu zanosi się na wielki wiec lekarzy austryackich: pomimo wyczerpujących wyjaśnień, złożonych przez wiedeńskie władze sanitarne, napaście na lekarzy, z powodu przypadków dżumy w wiedeńskim szpitalu powszechnym, nie ustają. Lekarze wiedeńscy sądzą, że przez zwołanie wiecu i energiczne zaprotestowanie, położy się tamę oszczerstwom, uwłaczającym, co prawda, nie tyle lekarzom, ile prawdzie, sprawiedliwości i zdrowemu rozsądkowi.

* Dyrektor szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu, Dr. Klimesch, przesłał prof. Roux podziękowanie za tak życzliwe przysłanie surowicy przeciwdżumowej, którą, jak wiadomo, przywiózł do Wiednia Dr. Marmorek.

Odpowiadając na tę depeszę dziękczynną, oświadczył profesor Roux, że postąpił »w duchu tradycyi, przekazanej przez jego mistrza Pasteura i zadość uczynił uczuciu miłości bliźniego i solidarności naukowej itd.«. Warto przytoczyć te zacne słowa, by je zestawić z egoistyczną apologetyką prof. Behringa, którą rozwinął w obronie »patentu amerykańskiego« na swoją surowicę przeciwbłoniczą.

* Dżuma co raz więcej zakłada ognisk swego panowania: obok Bombayu i Mandżuryi, stwierdzono ją w Turkiestanie rosyjskim. Rząd wysłał ekspedycyę bakteryologów, a poruczenie sprawy zlokalizowania tej epidemii ks. Aleksandrowi Oldenburgskiemu, który już się udał na rozkaz cara do Samarkandy, przemawia za tem, że epidemia przybiera znaczne rozmiary.

— Bodaj czy nie pod wpływem obrad paryskiego Zjazdu w sprawie gruźlicy, rozpoczyna się w całej Europie żywy ruch, zmierzający do tworzenia zakładów (sanatoryów) dla suchotników. Dla wprowadzenia tej myśli w czyn wybrał Zjazd lekarzy z Prus wchodnich odrębną komisyę; we Wrocławiu zawiązał się komitet obywatelski, który rozporządza już kwotą 30.000 marek, złożoną przez bezimienną dobrodziejkę na rzecz zakładu, mającego powstać na Śląsku pruskim; w Barmen zawiązało się również podobne towarzystwo, któremu dwa miejscowe banki przyrzekły uczestniczyć w humanitarnej akcyi udziałami 10,000 i 20,000 marek; w Metzu zajęła się założeniem zakładu dla Alzacyi i Lotaryngii miejska Kasa chorych, a zmarła tam niedawno pani Blees zapisała na rzecz zakładu 150,000 marek; na Węgrzech upatrzono już stosowne miejsce pod budowę; w Finlandyi zamierza Towarzystwo lekarskie »Duodecim« utworzyć zakład na 50—60 chorych za fundusze, zebrane na udziały po 200 marek; w Petersburgu zaś zebrano już zapomocą składek na rzecz utworzenia zakładów dla gruźliczych dzieci 22,000 rubli.

— Za pośrednictwem Prezydyum Tow. lek. otrzymała Biblioteka: 1) Rozprawy Akademii Umiejętności. Wydział matem. przyrodniczy. S. II, Tom 13; 2) Szkice krytyczne z zakresu medycyny — Zygmunta Kramsztyka.

— Kol. Dr. P. Jasiński z Shenandoah w St. Zjednocz. Ameryki północnej nadesłał dla Biblioteki kilkanaście poszytów czasopism lekarskich polskich.

Łaskawym ofiarodawcom składam uprzejme podziękowanie.

— Panu Dr. filoz. Zygmuntowi Jaworskiemu, składam uprzejmę podziękowanie za ofiarowane Bibliotece:

»Deutsche medicinische Wochenschrift«, Rocznik 1884.

»Koch's Jahresbericht üb... Gährungsorganismen«. T. V.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

Mianowani: Doc. Dr. Mehnert, prof. nadzwyczajnym anatomii w Halli. Dr. Rabow — prof. farmakologii w Lozannie. Dr. Frey — prof. fizyologii w Zurychu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Heidenreich, prof. chirurgii w Nancy. Dr. Bouchacourt, prof. położnictwa w Lugdunie. Dr. Terrillon, profesor chirurgii w Paryżu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Przeglądzie dentystycznym* Nr. 10: Dra Biernackiego E.: Cierpienia zębów jako pierwszy objaw cukrzycy. Dra Zielińskiego W.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów (c. d.). W *Medycynie* Nr. 44: Palmirskiego Wł.: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura. Dra Stępkowskiego Fr.: Przyczynek do etyologii ciąży zamacicznej. W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 20): Dra Strzemińskiego Ig.: Rozmiękczenie samodzielne gałki ocznej. Dra Brunnera J.: Najnowsze prądy w nauce o odporności (dok.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 44: Dra Majewskiego A.: Zapalenie gruczołu tarczykowego. Dra Sokołowskiego A.: Zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych przy wadach zastawkowych serca (dok.). Pechkranza S.: Z kazuistyki nowotworów przysadki mózgowej (dokoń.). W *Zdrowiu* Nr. 158: Dra Polaka: O potrzebie wprowadzenia obowiązującego wykładu higieny w warszawskim instytucie politechnicznym. Dra Kowalskiego J.: Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów Uniwersytetu warszawskiego w świetle cyfr. W *Medycynie* Nr. 45: Dra Trumpowskiego A.: Uwagi o rozpoznawaniu klinicznem nerwic urazowych, oraz ich udawania (symulacyi). Dra Neugebauera Fr.: Rzadkie spostrzeżenia automatycznej rytmicznej czynności serca 14-tygodniowego płodu ludzkiego, aż 3 godziny po śmierci jego trwającej. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 11: Dra Kramsztyka St.: O celu i zadaniu nauki. Dra Kramsztyka Z.: Stanowiska lekarzy w szpitalu. Dra Małagowskiego W.: Lekarz, jako biegły przed sądem karnym (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Nartowski: Dwa przypadki »Asthma uterinum«. (Odbitka, Warszawa, 1898).

— Prof. Dr. Wicherkiewicz: Oftalmologia na usługach nauk lekarskich. (Odbitka. Kraków. 1896).

— Tenże: Ueber recidivirende traumatische Hornhautneuralgie. (Odbitka, Wiedeń, 1898).

— Tenże: Meine Erfahrungen über das Protargol. (Odbitka, Stutgard, 1898).

— Dr. Landau J.: Somatose in der Kinderpraxis. (Odbitka, Wiedeń, 1898).

— Dr. Zawadzki Józef: Śmierć naturalna czy gwałtowna? utopienie czy uduszenie. (Odbitka, Warszawa, 1898).

— Dr. Higier: Jak się zachowują zmysły właściwe przy znieczuleniu twarzy? przyczynek do kliniki *haemianaesthesiae cruciatae* wskutek jednostronnego porażenia opuszkowego postaci udarowej. (Odbitka, Warszawa, 1898).

— Tenże. W kwestyi etyologii i istoty nerwic czynnościowych. (Odbitka, Warszawa, 1898).

— Tenże: Histerya u kota i kanarka. (Odbitka, Warszawa, 1898 rok).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**